

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 66
FACULTÉ DE MÉDECINE

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

TOTALE ET SUBTOTALE

DANS LE TRAITEMENT

DES SALPINGO-OVARITES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Juin 1910

PAR

Maurice BEAUMELLE

Né à Ouveillan (Aude), le 1^{er} juillet 1883

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs de la Thèse	{	DE ROUVILLE, Professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		VALLOIS, Professeur		
		VIRES, Agrégé		
		SOUBEYRAN, Agrégé		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE
TOTALE ET SUBTOTALE
DANS LE TRAITEMENT
DES SALPINGO-OVARITES

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

TOTALE ET SUBTOTALE

DANS LE TRAITEMENT

DES SALPINGO-OVARITES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Juin 1910

PAR

Maurice BEAUMELLE

Né à Ouveillan (Aude), le 1^{er} juillet 1883

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

DE ROUVILLE, Professeur, *Président.*

VALLOIS, Professeur

VIRES, Agrégé

SOUBEYRAN, Agrégé

} *Assesseurs*



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA.	ASSESEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (*).
	Chargé de l'enseig. ^t de
	pathol. et therap. génér.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (*).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.).
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER.
	Chargé de l'enseignement
	de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examineurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, <i>président.</i>	MM. VIRES, <i>agrégé.</i>
VALLOIS, <i>professeur.</i>	SOUBEYRAN, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE
LE COMMANDANT BEAUMELLE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Je dédie ce modeste travail en expression
de profonde et reconnaissante affection.*

M. BEAUMELLE.

A MES GRANDS-PARENTS

A TOUS LES MIENS, PARENTS ET AMIS

M. BEAUMELLE.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ D'ALGER

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MONTPELLIER

M. BEAUMELLE.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A L'UNIVERSITÉ
DE MONTPELLIER

*Qui après nous avoir inspiré le sujet de
cette thèse a bien voulu nous faire l'hon-
neur de la présider, nous adressons la
respectueuse expression de nos remercie-
ments et de nos sentiments de vive gra-
titude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'UNIVERSITÉ
DE MONTPELLIER

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

VIRES ET SOUBEYRAN

*Puisse la mémoire de leur excellent
enseignement rester, aussi fidèle en notre
esprit, qu'en notre cœur le souvenir recon-
naissant de leur inépuisable et amicale
bienveillance.*

M. BEAUMELLE.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SARDA

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

*En faible témoignage de respectueuse
sympathie et de vive reconnaissance.*

A NOTRE EXCELLENT AMI

MONSIEUR ÉTIENNE DE ROUVILLE

DOCTEUR ÈS SCIENCES

MAÎTRE DE CONFÉRENCES A LA FACULTÉ DES SCIENCES

*Nous n'oublierons jamais toutes les
preuves d'amical intérêt qu'il nous a pro-
diguées ; nous obéissons au plus impérieux
et au plus agréable à la fois des devoirs
en lui exprimant ici tous nos sentiments
de gratitude et d'affectueux dévouement.*

A MONSIEUR PAUL BENOIT

PRÉPARATEUR A LA FACULTÉ DES SCIENCES

*En témoignage de cordiale et sincère
amitié.*

M. BEAUMELLE.

A LA MÉMOIRE DE MON VIEIL AMI
JEAN ALESANDRI

Sa fin brutale et prématurée est venue assombrir d'un deuil bien douloureux ces heures que notre amitié se fût réjouie de fêter ensemble, après tant d'autres qu'avaient vécues nos joies et nos mélancolies partagées, — toute notre jeunesse désormais bien ensevelie avec lui, — là-bas.

M. BEAUMELLE.

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

TOTALE ET SUBTOTALE

DANS LE TRAITEMENT

DES SALPINGO-OVARITES

INTRODUCTION

En nous proposant d'étudier ici et de mettre en parallèle les deux grandes méthodes opératoires actuelles de traitement des annexites, nous n'avons certes pas cru faire œuvre originale. La question présente cependant une nouveauté relative et un intérêt encore très grand. Seize ans à peine se sont écoulés depuis qu'en 1894, H. Delagenière (du Mans) a introduit dans notre pays les opérations inaugurées deux ans auparavant par les chirurgiens américains W.-M. Polk et Baldy et a pratiqué pour la première fois en France une hystérectomie abdominale raisonnée dans un cas de salpingo-ovarite. Le procédé est d'abord assez mal accueilli chez nous dans le monde chirurgical et rien ne fait présager le succès qui l'attend. En 1901, Delage, sous l'inspiration de son maître Terrier, consacre à l'opération nouvelle une thèse impor-

tante qui constitue encore à ce sujet, croyons-nous, l'étude la plus complète de technique opératoire. Dès lors, la méthode va acquérir une fortune rapide. Actuellement l'hystérectomie abdominale s'est définitivement imposée dans le traitement des lésions annexielles, et le débat s'est circonscrit entre les partisans de l'ablation totale ou subtotale de l'organe.

Mais de la profusion même des opinions et des communications contradictoires auxquelles elle a donné lieu, est née une certaine confusion, et, si les deux grandes méthodes de castration utéro-annexielle sont aujourd'hui universellement pratiquées, elles sont encore très diversement appréciées.

Notre maître M. le professeur de Rouville nous a suggéré l'idée d'apporter une contribution nouvelle à l'étude de la question, et a bien voulu mettre à notre disposition les observations de castrations utéro-annexielles pratiquées dans son service depuis trois ans.

Nos conclusions seront donc étayées, non pas tant sur des considérations théoriques que sur un faisceau assez solide de faits, puisqu'on trouve ici 38 observations d'hystérectomie abdominale totale ou subtotale pratiquées pour lésions inflammatoires des annexes. Ces observations sont toutes inédites et ont toutes été prises dans le service de gynécologie de M. le professeur de Rouville. Nous aurions pu en ajouter d'autres glanées çà et là. Il nous a paru que ce travail présenterait un caractère bien plus net d'homogénéité, — disons de sincérité, — en restant l'expression fidèle des résultats opératoires obtenus par le même chirurgien dans le même milieu hospitalier, en une période donnée.

Est-ce à dire que nous prétendions donner ici de la question une mise au point définitive ? Certainement non.

N'oubliant pas la relativité des conclusions en apparence les plus rigoureuses tant en chirurgie qu'en médecine, nous nous sommes efforcé de ne jamais être trop absolu dans nos déductions. Si des faits observés nous avons cru pouvoir dégager la supériorité d'une méthode opératoire, — en l'espèce l'hystérectomie subtotala, — nous n'avons pas perdu de vue qu'en chirurgie abdominale surtout, il serait insensé de vouloir assujettir le chirurgien à une technique immuable en face de lésions à modalités si diverses ; c'est une fois le ventre ouvert qu'apparaît le plus souvent l'opportunité de tel procédé, de telle intervention.

Est-il besoin de l'avouer, le sujet que nous traitons suppose une expérience chirurgicale qui dépasse de beaucoup la nôtre. Nous ne nous fussions même pas permis de l'aborder, si nous ne nous étions senti soutenu par l'autorité et la grande expérience opératoire et clinique de notre éminent maître, M. le professeur de Rouville. Après nous avoir inspiré l'idée première de ce travail, il a bien voulu mettre très aimablement à notre disposition les si riches archives de son service de gynécologie et continuer à nous guider dans nos recherches avec une inlassable bienveillance. Qu'il nous soit permis de lui présenter une fois de plus, au seuil de ce modeste travail, l'hommage très sincère de notre respectueuse gratitude.

Nous nous proposons de diviser cette étude en 5 chapitres :

Dans le premier, nous traiterons l'historique du traitement chirurgical des annexites ;

Le 2^e sera consacré aux indications et à la valeur de l'hystérectomie abdominale en général dans ces affec-

tions. Il sera suivi de 38 observations (12 de totale, 26 de subtotale) ;

Le 3^e chapitre traitera spécialement de la castration totale et de ses indications ;

Dans le 4^e, nous étudierons la subtotale et nous nous efforcerons, dans un parallèle rigoureux, de mettre en relief les avantages de cette dernière méthode sur la précédente.

Les conclusions générales de ce travail feront l'objet du 5^e et dernier chapitre.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE (1)

C'est en 1872 qu'on voit un traitement chirurgical appliqué pour la première fois aux inflammations annexielles. A cette époque, Lawson-Tait pratique la première laparotomie destinée à extirper les annexes malades ; les chirurgiens anglais Ilégar et Battey suivent bientôt son exemple. Mais ces interventions restent isolées et ne sont longtemps appliquées qu'avec une excessive timidité. Il faut arriver en 1887 pour voir Lawson-Tait pratiquer, dans un cas de pyosalpinx, la première oophoro-salpingectomie abdominale bien raisonnée et

(1) Nous avons trouvé dans les thèses de Delage (Paris, 1901), Mourlhon (Paris, 1904), Daniel (Paris, 1905), Parrical de Chamard (Paris, 1908), Belbèze (Lyon, 1909) des renseignements précieux sur cet historique. Nous en présentons une synthèse augmentée des acquisitions plus récentes de nos recherches personnelles.

décrire minutieusement la technique de l'opération qui obtient une grande vogue en Angleterre et en Amérique.

En France, les chirurgiens manifestent d'abord une vive répugnance pour la méthode de Lawson-Tait; et Pozzi lui-même, qui devait devenir un de ses partisans les plus zélés, en parle dans une communication faite le 14 avril 1886 à la Société de chirurgie, « comme d'un procédé un peu effrayant ».

Disons sans plus tarder que les chirurgiens français s'orientaient dès cette époque vers une voie nouvelle d'accès dans les collections suppurées paramétritiques, la voie vaginale. En effet Laroyenne publie, dans le *Lyon médical* du 21 février 1886, la description de son opération consistant à ponctionner à l'aide d'instruments spéciaux les collections annexielles par la voie vaginale. L'année suivante, Péan pratique pour la première fois l'hystérectomie vaginale dans un cas d'annexite double, et son opération est aussitôt adoptée par Second, Reclus et Nélaton.

En même temps, Lawson-Tait publiait sur le traitement des salpingo-ovarites suppurées par la laparotomie un important mémoire et ralliait en France à sa méthode les chirurgiens Pozzi, Bouilly, Routier, Terrillon, Le Dentu, Terrier, Quénu qui publient bientôt des observations de cette dernière intervention. Dans sa thèse de 1888, Monprofit vient à son tour préconiser l'opération de Lawson-Tait.

Dès lors le débat est engagé entre les hystérectomistes vaginaux et les laparotomistes, et la fin de 1890 est marquée par deux mémoires importants : le premier de Pozzi à la Société de chirurgie, préconisant la laparotomie comme voie d'accès sur les annexes malades; le second de Péan à l'Académie de médecine où le grand chirurgien

déclare tous les cas de lésions annexielles bilatérales justiciables de l'hystérectomie vaginale, réservant pour les cas unilatéraux le simple drainage par le vagin.

En 1891, Pierre Delbet (1) se range dans le camp des laparotomistes, et, jusqu'en 1894, la tribune de la Société de chirurgie retentit des discussions entre partisans des deux méthodes. Toutefois l'opération de Péan semble l'emporter.

C'est aux deux chirurgiens américains Polk (de New-York) et J.-M. Baldy (de Philadelphie) que revient l'honneur d'avoir appliqué les premiers l'hystérectomie abdominale dans le traitement des inflammations annexielles. En janvier 1892, Polk pratique la première hystérectomie totale et en communique l'observation le 16 février de la même année à la New-York obstetrical Society. Peu de jours après, Baldy fait une hystérectomie subtotale dans un cas d'annexite suppurée et en adresse un rapport au Pan american medical Congress tenu à Washington l'année suivante (septembre 1893). Les deux chirurgiens se réunissent pour préconiser leurs procédés qui, acceptés par Krug, Brown, sont vivement combattus par Cushing, Dudley, Palmer.

En France, Delagenière (du Mans) pratique, en 1894, la première hystérectomie totale pour pyosalpinx et métrite parenchymateuse; il en communique l'observation à la Société de chirurgie où l'opération américaine est plutôt mal accueillie. Discutée par Pozzi, Reclus, Segond, Reynier, elle est considérée comme d'une indication

(1) P. Delbet. — Les suppurations pélviennes chez la femme, 1891.

exceptionnelle par ceux-là même qui sont tentés de l'admettre, comme Quénu, et par Delagenière lui-même.

En Allemagne, la nouvelle intervention est beaucoup mieux accueillie; dans le « *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie* », Bliesner expose en un long article les résultats favorables obtenus par son maître Bardenhauer. Döderlein, Evercke, Sængel, Rosthorn se déclarent également partisans de l'ablation utérine.

Cependant H. Kelly (novembre 1895) donne au Congrès de Washington une description détaillée de son procédé d'ablation du bloc utéro-annexiel.

Au Congrès de Genève de 1899, le traitement des supurations pelviennes étant à l'ordre du jour, Kelly, soutenu par Sænger, préconise son ablation subtotalaire contre l'opinion du rapporteur Bouilly qui considère l'opération comme exceptionnelle.

En 1897, le nombre des partisans de l'hystérectomie abdominale s'augmente de plusieurs de ses anciens détracteurs, tels que Richelot (Soc. de chirurgie). Audiau, sous l'impulsion de son maître Hartmann, préconise la castration utéro-annexielle dans les cas de salpingite, apportant à l'appui de sa thèse de nombreuses observations. Dès lors, la nouvelle opération obtient une vogue croissante et est chaudement défendue devant différents Congrès, — dans toute une série de publications, — par Jonnesco, Terrier, Monprofit, Quénu, J.-L. Faure qui décrit son procédé d'hystérectomie totale par hémisection.

En 1901, la thèse très importante de Delage, élève de Terrier, donne une consécration définitive à la méthode et décrit minutieusement les différents procédés opératoires.

L'hystérectomie abdominale dans les annexites doubles

suppurées est désormais acceptée par tous et nous entrons dans une nouvelle période où nous allons voir s'étendre les indications de l'intervention et se circonscrire le débat entre les partisans de l'opération de Polk (totale) et de celle de Baldy (subtotale).

En 1902, Terrier publie une nouvelle série d'observations d'hystérectomie subtotale pour salpingites doubles suppurées (34 interventions, 1 mort). La même année paraît l'ouvrage de J.-L. Faure « La Chirurgie des annexes de l'utérus » où est préconisée la subtotale.

L'année 1904 voit apparaître la thèse de Mourlhon sur « L'Hystérectomie subtotale pour annexites suppurées » qui donne 43 observations avec 2 morts. Daniel écrit en 1905 une thèse remarquable sur « La technique opératoire de l'hystérectomie abdominale subtotale dans les lésions bilatérales des annexes ». Enfin, en 1909, Swiecinski décrit dans sa thèse un procédé spécial de subtotale par « décollation antérieure ».

De son côté, l'ablation totale de l'utérus est défendue par Routier, Lenormant, Lecène ; Parrical de Chammard la préconise dans sa thèse de 1908. Plus récemment encore, Belbèze (1), dans sa thèse de Lyon (1909), signale certains inconvénients de la subtotale. A l'heure actuelle cette dernière opération semble réunir cependant la majorité des suffrages.

Tous les travaux que nous avons signalés jusqu'ici ont trait surtout au traitement des lésions annexielles

(1) De quelques inconvénients de l'hystérectomie abdominale subtotale dans les suppurations pelviennes (Belbèze, th. Lyon, 1909).

suppurées. L'hystérectomie abdominale pour les kystes et tumeurs bilatérales des annexes, d'abord rejetée par Duplay et Monod, a recruté un nombre de plus en plus grand de partisans. Pratiquée et préconisée d'abord par Delagenière et Jonnesco, puis par Quénu, Oui, elle a fait l'objet en 1905 d'un mémoire de Lenormant dans les « Annales de gynécologie et d'obstétrique », et est considérée actuellement comme une intervention logique et nécessaire.

Parmi les travaux les plus récents sur le sujet qui nous occupe, nous devons citer la communication du chirurgien allemand O. Beuttner (1) qui préconise à la fin de 1908 un procédé nouveau du traitement des annexites : il consiste en l'extirpation des annexes et la résection cunéiforme du fond de l'utérus ; la presque totalité de l'organe est laissée ainsi dans la cavité pelvienne ; l'auteur publie 3 observations de cette méthode conservatrice.

Enfin, les dernières contributions ont été apportées par Gosset et par Lecène en des articles parus dans le « Journal de Chirurgie », de juillet 1909 et de janvier 1910.

(1) O. Beuttner. — Eine neue Methode der Exstirpation doppelseitig Erkrankter Adnexe (Zentrabl. f. Gynækologie, 1908, n° 32, p. 1033).

CHAPITRE II

VALEUR ET INDICATIONS ACTUELLES DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE EN GÉNÉRAL DANS LES ANNEXITES

De l'étude historique précédente se dégage déjà un fait qui semble bien établi : l'indication absolue de l'hystérectomie abdominale comme méthode de traitement des annexites bilatérales. Pourquoi cette intervention s'est-elle ainsi imposée, comme supérieure à l'oophoro-salpingectomie et surtout à l'extirpation par la voie vaginale ? Avec Daniel (1) on doit évidemment attribuer ce succès à deux grandes causes : 1° une plus grande facilité opératoire ; 2° la suppression d'un organe malade ou devenu inutile.

(1) *Loc. cit.*

1° Sans qu'il soit besoin d'y insister, la laparotomie « où on voit ce qu'on fait et où on fait sûrement ce qu'on veut » est supérieure à l'opération basse, quelque peu aveugle. Sur l'oophoro-salpingectomie, la castration utéro-annexielle présente également des avantages opératoires certains; en effet, l'hystérectomie préalable facilite beaucoup l'extirpation des annexes en de nombreux cas; ainsi que l'a écrit J.-L. Faure, « il est plus facile d'enlever les annexes avec l'utérus que les annexes seules ». Dans certains kystes adhérents l'opération n'est même rendue possible que par l'ablation en masse du bloc utéro-annexiel.

2° Il n'y a guère d'inflammation salpingo-ovarienne sans métrite concomitante. L'utérus est la première étape de l'infection qui doit envahir les annexes. Il est donc logique de supprimer un organe malade qui ne servirait qu'à entretenir des douleurs, des pertes blanches et à nécessiter souvent une intervention ultérieure.

Bien plus, dans les cas de lésions annexielles bilatérales, l'utérus, fût-il sain, doit être enlevé; il est en effet transformé après l'ablation des ovaires en un organe inutile et pouvant devenir nuisible, tant par la possibilité d'infection que par les déviations très douloureuses qui succèdent le plus souvent à la section de ses moyens de fixité supérieurs.

Doit-on enlever un utérus dans un cas de lésion annexielle unilatérale? Si la femme a atteint ou approche la ménopause, la question peut être sans conteste résolue par l'affirmative. Mais même chez une femme encore jeune, si l'utérus est le siège d'une infection patente, nous pensons qu'on ne doit pas hésiter à en pratiquer l'ablation. La considération de conserver la possibilité de grossesses ultérieures problématiques ne peut autoriser, croyons-

nous, le chirurgien à exposer la femme à tous les dangers, à toutes les misères de l'infection utérine chronique.

Il ne faut pas oublier non plus qu'en présence de certaines tumeurs annexielles même unilatérales (1) très adhérentes, toute autre opération que l'ablation utéro-annexielle est souvent impossible.

Nous avons vu dans le service de M. de Rouville, et on pourra trouver dans les observations ci-jointes, plusieurs interventions rentrant dans ces deux catégories de cas. Et cependant notre maître est loin d'avoir abandonné la méthode conservatrice. Nous l'avons vu accomplir sur les annexes de nombreuses interventions économiques, et, sur 40 oophoro-salpingectomies partielles, il peut déjà compter 2 grossesses.

C'est dire que cette dernière opération trouve encore des indications nettes ; mais elles sont limitées aux cas de lésions unilatérales (2) bien circonscrites, chez des femmes jeunes.

Dans tous les autres cas, l'hystérectomie abdominale totale ou subtotala doit être considérée actuellement comme l'intervention de choix.

Nous n'avons pas fait entrer dans le cadre de ce tra-

(1) Nous ne voulons pas parler des tumeurs malignes où la castration complète s'impose alors sans restriction.

(2) Lawson-Tait enlevait la totalité des annexes des deux côtés même dans les cas de lésions strictement unilatérales, prétendant qu'il y avait presque toujours du côté épargné une récurrence nécessitant plus tard une nouvelle intervention. Le procédé nous semble très discutable ; mais, si l'observation qui en est le point du départ est juste, elle ne fait qu'étendre les indications de l'hystérectomie au détriment même de l'opération de Lawson-Tait.

vail la description des nombreux procédés de technique opératoire proposés et appliqués tant dans l'hystérectomie totale que dans la subtotal. On les trouvera minutieusement étudiés dans la thèse très complète à cet égard de Delage et dans celles de Mourlhon, Bru, Daniel, Parrical de Chamard, Swiecinski. Dans plusieurs des observations que nous présentons, toutes les phases de l'opération se trouvent minutieusement décrites. C'est également à dessein que parmi tous ces procédés opératoires nous n'en préconiserons aucun ; chacun en effet peut trouver des indications nettes en des circonstances particulières dans le courant même de l'intervention ; l'opportunisme est ici de règle ; en présence de l'agencement des organes dans le ventre ouvert, des lésions qui se présentent, des adhérences à vaincre, le chirurgien choisit la technique opératoire s'adaptant le mieux aux fins qu'il désire. C'est toujours ainsi que nous avons vu procéder notre maître, M. de Rouville, ainsi qu'on pourra en juger par les observations qui suivent. Rappelons seulement que deux difficultés dominent toute castration utéro-annexielle ; elles consistent dans la destruction des deux grands moyens d'union qui maintiennent le bloc utéro-annexiel : section ou désinsertion du col d'une part, section des adhérences entre les annexes malades et les organes voisins, d'autre part. D'où deux grandes méthodes d'extirpation : l'une qui attaque la masse utéro-annexielle de haut en bas ; l'autre qui procède à l'ablation de bas en haut et qui, d'une manière générale, semble préférable ; ainsi que J.-L. Faure l'a établi, en effet, « les annexes enflammées sont beaucoup plus faciles à décoller lorsqu'on les aborde par dehors et de bas en haut » (1).

(1) Cf. Observation XXXVI.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Salpingo-ovarite. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

A. D., 27 ans, entre à la clinique du professeur de Rouville, salle A. Paré, le 4 juillet 1906 pour douleurs abdominales et fortes métrorragies.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — A eu la rougeole à 5 ans. Réglée régulièrement à 14 ans ; les règles duraient quatre jours. Mariée en 1898. Un an et demi après, grossesse qui n'arriva pas à terme ; accouchement prématuré à 6 mois 1/2. Deuxième grossesse en 1901, terminée de nouveau par un accouchement avant terme à 6 mois 1/2 (l'enfant a vécu deux ans et est mort du croup). Ce deuxième accouchement a été pénible et accompagné d'une très forte hémorragie qui a beaucoup affaibli la malade ; elle s'est levée quinze jours après.

En juin 1903, apparition de pertes blanches dans les périodes intermenstruelles ; ces pertes empesaient le linge,

le tachaient en jaune et en vert : pas de douleurs à la miction. Dès ce moment les règles ont pris une odeur fétide, ont augmenté en abondance et en durée (9 jours). La malade, entrée à la Maternité le 4 avril 1905, y a été traitée jusqu'en juillet 1905 et en est sortie très améliorée. A l'occasion d'une forte fatigue (vendanges), des douleurs abdominales ont apparu qui ont obligé la malade à entrer de nouveau à la Maternité.

Il y a trois mois, elle a reçu un coup de pied qui a réveillé et exacerbé les douleurs qu'elle ressentait au bas-ventre et dans la région lombaire.

La malade a présenté des crises nerveuses et s'est livrée à des excès de masturbation qu'ont suivi des maux de tête.

Le 25 juillet, on place à la malade un drain utérin.

Le 28 juillet, le drain est enlevé. Pansement utérin ordinaire.

Le 31 juillet, lavages intra-utérins.

Opération. — Le 5 octobre, le professeur de Rouville pratique l'hystérectomie totale. Nombreuses adhérences. L'ovaire gauche est difficilement atteint, la trompe tuméfiée est gonflée de pus.

Suites opératoires. — Fermeture du vagin. Sérum les quatre jours qui suivent l'opération. Au cinquième jour on enlève le pansement. Drainage du vagin à l'abdomen. Pendant dix jours la malade fait de la température et son pouls varie entre 108 et 120. Le 13 novembre la malade sort guérie. La paroi parfaitement bien refermée nécessite cependant le port d'une ceinture abdominale. Elle a été revue souvent depuis, et particulièrement le 16 janvier 1908. Elle se porte à merveille. Plus de douleurs ; plus de pertes.

OBSERVATION II

Méto-salpingo-ovarite blénnorragique. — Hystérectomie abdominale totale.
Guérison.

Irma L., 28 ans, domestique, entre à la clinique du professeur de Rouville, salle A. Paré, le 11 décembre 1906, pour pertes rouges abondantes et douleurs dans tout le bas-ventre.

Antécédents personnels. — Historique de la maladie.
— Réglée à 11 ans. Règles régulières d'une durée de 8 jours jusqu'à l'âge de 27 ans. A partir de ce moment elle se met à mener une vie irrégulière et commence à souffrir du ventre. Les règles deviennent douloureuses, avec caillots; la douleur se fait surtout sentir à droite. (Pas de douleur à la miction.) Elle entre alors à l'hôpital de Carcassonne où on la soigne par des injections chaudes et des applications de glace sur le ventre. Elle y reste six mois et sort guérie (?). Six ou sept jours avant son entrée à la clinique, les douleurs ont reparu, très violentes; elle a de la fièvre (39°8). Une douglassite est diagnostiquée; incision; la température tombe à 37°2 en même temps que les douleurs se calment. Il s'agissait d'une collection sanguine infectée dans une poche d'adhérences rétro-utérines. Mais l'accalmie ne dure que 3 jours et une nouvelle crise de pelvi-péritonite survient. Irrigations chaudes,

lavements chauds. Le calme renaît et de jour en jour les lésions régressent. Tandis qu'à l'entrée de la malade l'utérus était immobilisé par une douglassite, une salpinge-ovarite double surtout prononcée à droite, actuellement, 1^{er} février, l'utérus s'est mobilisé et on délimite bien les lésions. A cette date, les règles sont très abondantes et peu douloureuses. La fièvre a complètement disparu.

Opération. — Le professeur de Rouville décide de laisser refroidir encore jusqu'au 20 février et pratique alors l'*hystérectomie abdominale totale*. L'utérus, de moyen volume, est très dur et très scléreux; la trompe droite volumineuse, en cornemuse, entourant un ovaire gros comme une petite mandarine, est le siège d'un gros kyste hématique. Ces annexes droites sont adhérentes dans le Douglas. Prises par dessous, elles sont aisément enlevées. Les annexes gauches sont abordées ensuite : trompe épaissie; petit kyste attenant à une des franges du pavillon; la trompe adhère intimement à l'ovaire scléro-kystique; ces annexes préalablement décollées par dessous sont enlevées à leur tour. L'hystérectomie totale est alors pratiquée. Après diminution par une suture de l'orifice vaginal, un drain en T est placé dans le vagin. Péritonisation parfaite au-dessus; suture des ligaments larges et du péritoine vésical à l'S iliaque. Fermeture de la paroi en 3 plans sans drainage. Sondé à demeure.

Suites opératoires. — Légère hémorragie provenant de la lèvre postérieure du vagin et remplissant ce dernier de caillots. Le vagin est vidé; on fait une légère injection très chaude et on place une mèche de gaze. Pas de fièvre. Le pouls est rapide; la malade présente de fréquents vomissements, mais l'état général est excellent.

La malade, très nerveuse, s'agite beaucoup et enlève la sonde à demeure. Le 25, le drain vaginal est enlevé ; injection au lysol dans le vagin ; pansement à l'eau oxygénée. A partir de ce moment tout rentre dans l'ordre, et la malade se déclare enchantée d'avoir subi l'intervention.

Le professeur de Rouville a revu plusieurs fois la malade depuis sa sortie de l'hôpital. Bien que s'étant remise à faire la noce, elle a beaucoup engraisé et son état général est excellent.

OBSERVATION III

Salpingo-ovarite double. — Hystérectomie abdominale totale.
Guérison.

Mme M., 28 ans, entre à la clinique du professeur de Rouville en janvier 1907. Elle y a déjà fait un séjour en octobre 1906 ; le 4 de ce dernier mois, en effet, elle a été curettée et est sortie le 26, se disant guérie.

En octobre, l'histoire de cette malade se résumait ainsi : Femme débile, de petite taille ; réglée à 12 ans régulièrement ; les règles durent 7 à 8 jours. Mariée il y a 8 ans, elle devient immédiatement enceinte ; accouchement très douloureux qui dure deux jours ; pas d'accidents. Mais des pertes blanches jaunâtres empesant le linge s'installent et ne cesseront plus. Le retour de couches ne se fait pas, et pendant un an la malade n'a pas

ses règles. Elles reparaissent alors normalement, mais ne tardent pas à cesser pendant deux mois. A ce moment surviennent des hémorragies qui durent 7 à 8 jours et se renouvellent tous les 15 jours. Quand elle entre à la clinique ces hémorragies se sont arrêtées depuis 5 mois ; mais les pertes jaunâtres persistent et la malade souffre de douleurs abdominales continues prédominant à droite et exacerbées par la fatigue. Elle mange peu et digère mal.

Examen d'octobre 1906. — Ventre souple. Utérus gros (fond à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse), en rétroversion très nette. Le col regarde en haut et en avant ; il est déchiré à gauche et présente une bride cicatricielle dans le cul-de-sac latéral gauche. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent le corps utérin. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent la trompe augmentée de volume. La bride du cul-de-sac gauche, très tendue, gêne l'exploration.

Le 4 octobre, curettage sous chloroforme, suivi de pansements intra-utérins à l'ichthyol. La malade sort le 26, en très bon état.

Elle rentre dans le service en janvier, se plaignant de souffrir du ventre, surtout pendant le coït.

Examen de janvier 1907. — Dans les deux culs-de-sac latéraux ont sent les annexes douloureuses, augmentées de volume. Annexite double.

Opération. — Le 8 février, le professeur de Rouville pratique l'hystérectomie abdominale totale. Drainage sous-péritonéal ; les drains sont enlevés au bout de 48 heures.

Suites opératoires. — Guérison parfaite sans aucun incident.

OBSERVATION IV

Salpingo-ovarite double.— Hystérectomie abdominale totale.— Guérison.

Marie T..., 26 ans, entre en octobre 1908 dans le service du professeur de Rouville pour douleurs abdominales continues siégeant au côté droit.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans. Règles peu abondantes, durent 2 à 3 jours, irrégulières. Mariée à 20 ans, les règles deviennent régulières, sans souffrances.

1^{er} accouchement il y a 5 ans ; 2^e accouchement il y a 14 mois. Depuis, douleurs du côté droit et pertes blanches accrues. Pas de vomissements. Il y a 1 an, à la suite d'une grosse perte avec caillots, les règles disparaissent presque complètement.

Examen.— Palpation. Abdomen aux parois très mobilisables. Rien de particulier au toucher, col dur scléro-kystique avec déchirure bilatérale. Dans le cul-de-sac postérieur, masse dure pierreuse, se prolongeant dans le cul-de-sac latéral gauche jusqu'à 5 ou 6 travers de doigt au-dessous de la symphyse du pubis. Cul-de-sac antérieur libre. Cependant l'utérus semble en antéversion, comprimé qu'il doit être par les masses postérieures. On pratique le toucher rectal. On sent une tumeur dure, volumineuse, bombant à l'intérieur du rectum.

Opération. — Le 22 novembre, hystérectomie abdominale totale.

Suites opératoires. — Normales. Pouls à 80. Pas de température.

Huit jours après l'intervention on enlève les crins.

La malade sort guérie dans les premiers jours de décembre.

OBSERVATION V

Méto-salpingo-ovarite. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

Mme M..., 27 ans, entre en novembre 1908 dans le service du professeur de Rouville pour pertes blanches et douleurs abdominales.

Antécédents. — Réglée à 15 ans. Dysménorrhée de 3 ou 4 jours. Pertes irrégulières ; absentes des mois entiers, peu abondantes, douloureuses ; pas de pertes blanches. Mariée à 19 ans. Neuf mois après, accouchement suivi de douleurs très fortes pendant 9 jours. Pertes blanches apparaissent. 3 autres accouchements normaux. Pas de fausses couches.

La malade se remarie en décembre 1907. Quelques jours après le mariage, douleurs abdominales très fortes, bilatérales, durant 8 jours ; elles ont persisté depuis.

Examen. — Actuellement, pertes blanches continuelles très abondantes.

La malade a maigri de 20 kilos en 10 mois.

Palpation : Ventre aux parois très adipeuses; rien de particulier.

Toucher : Pas de grosse lésion annexielle. Col gros avec déchirures.

Dans le cul-de-sac postérieur on sent les annexes tomber dans le Douglas; douleur à la pression bimanuelle. Utérus gros en antéversion.

Opération (le 2 décembre). — Laparotomie. On commence par libérer les annexes droites faiblement adhérentes. On pince les ligaments ronds et les infundibuli pelviens droits. Section entre ces 2 pincés.

Même opération à gauche. Libération de la vessie. Section des ligaments larges en dedans des pincés après hémostase provisoire de ces ligaments. Section au bistouri de la paroi antérieure du vagin. On saisit le col de l'utérus avec une pince à dents et on fait une section circulaire du vagin autour du col.

Introduction dans la cavité vaginale d'une mèche provisoire.

Ablation par la vulve de la mèche qui est remplacée par un drain en T.

Ligature des utérines. Péritonisation. Fermeture des ligaments larges droits.

Péritonisation médiane à l'aide du côlon iliaque; fermeture des ligaments larges gauches. Fermeture de la paroi sans drainage.

Examen des pièces. — Utérus augmenté de volume. La paroi est épaissie et très scléreuse; dans l'intérieur de la cavité utérine se trouve un gros caillot (la malade vient d'avoir ses règles).

Annexes droites: la trompe est augmentée de volume

dans sa portion externe. Oblitération de l'ostium abdominale par soudure des franges. Ovaire scléro-kystique. Kyste hématique.

Annexes gauches : trompe également augmentée de volume dans sa partie externe. Ostium abdominal accolé par de solides adhérences à l'ovaire qui l'oblitére. Ovaire scléro-kystique et de moyen volume.

Suites opératoires. — Aucune complication. La malade sort en excellent état.

Suites éloignées. — La malade revient le 13 avril 1910. Elle se plaint de pertes vertes très abondantes et très épaisses, le coït est très douloureux et cela répond dans tout le ventre. La malade a beaucoup engraisé. Au toucher, belle cicatrice vaginale. A l'extrémité droite de la cicatrice on sent un infundibulum.

OBSERVATION VI

Pyosalpinx droit. — Kyste hématique de l'ovaire gauche. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

Françoise J., 22 ans, entre en novembre 1908 dans le service du professeur de Rouville, pour pertes blanches très abondantes.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une congestion pulmonaire. Mère morte d'un cancer abdominal.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans ; les règles

apparaissent avec parfois 15 jours de retard. Elles durent 8 jours, sont très abondantes avec beaucoup de caillots. Dysménorrhée assez forte 3 ou 4 jours avant les règles. En janvier 1907 fausse couche probable. En février les règles redeviennent normales, abondantes, avec pertes blanches continuelles. Douleur à la miction. Ces pertes étant par trop abondantes, la malade entre dans le service le 26 novembre.

Examen. — Parois résistantes. La palpation ne provoque aucune douleur.

Toucher : L'utérus est en antéflexion. Le col très gros présente des œufs de Naboth. Il regarde en arrière dans le cul-de-sac postérieur. Cul-de-sac latéral droit libre, mais on y provoque la douleur ; on y sent de plus un noyau induré qui fait penser à un petit fibrome du ligament large attenant à l'utérus. Les autres culs-de-sac sont normaux. Au cathétérisme l'hystéromètre donne 7 cm. 1/2 à 8. Aux valves on trouve un col gros, l'utérus ne descend pas et on en fait sortir des glaires d'origine cervicale en quantité considérable quand avec les valves on « trait » l'utérus.

Analyse d'urine : réaction acide ; urée : 28.2 par litre ; glucose : 0 ; albumine : 0.

Opération. — Laparotomie. A l'ouverture du ventre l'utérus apparaît rejeté à gauche par une masse qui occupe la région annexielle droite, adhérente partout, du volume d'une grosse mandarine. On saisit le fond de l'utérus avec une pince. On décolle le Douglas comblé par des adhérences. De dedans en dehors et de bas en haut on décolle la masse annexielle droite. Cette masse est retenue par le ligament infundibulo-pelvien très épaissi. On coupe le ligament entre deux pinces et on arrive à pédiculiser les annexes sur la corne utérine.

Pendant cette manœuvre, un flot de pus jaillit sur les compreses très nombreuses. On se débarrasse immédiatement de cette masse annexielle. On essaie de décoller les annexes gauches formant une masse du volume d'un œuf. Mais on ne peut y arriver et on se décide à enlever l'utérus avant cette masse. Décollement de la vessie. Section des ligaments larges jusqu'au vagin. On saisit le col et on coupe circulairement le vagin. L'utérus enlevé, on fait l'ablation des annexes gauches en décollant de nombreuses adhérences. Ligature des utéro-ovariennes et utérines. On introduit un drain en T dans le vagin et on péritonise en se servant du rectum parce qu'il n'y a plus de péritoine en arrière.

Examen des pièces. — Utérus : 8 centimètres. Le col déchiré est le siège d'une métrite cervicale chronique. Parois internes épaissies et scléreuses. Les plis de l'arbre de vie sont très hypertrophiés et la muqueuse du col est tomenteuse. Les annexes droites présentent un pyosalpinx. Trompe grosse comme le pouce, pleine de pus. Muqueuse fongueuse, vascularisée, couverte de dépôts purulents. Ostium abdominal oblitéré par les adhérences des franges à l'ovaire gros comme un œuf et présentant des kystes folliculaires de la grosseur d'une amande et un kyste hématique. Ovaire et trompe forment une masse intimement unie par des adhérences de pelvi-péritonite. Les annexes gauches présentent une trompe épaissie, tortueuse, perméable. L'ovaire est scléro-kystique avec kyste hématique renfermant un gros caillot.

Suites opératoires. — Excellentes. La malade sort guérie le 6 janvier 1909.

OBSERVATION VII

Métrite. — Salpingo-ovarite double. — Hystérectomie abdominale totale.
Guérison.

Marie N., 32 ans, domestique, entre le 15 janvier 1909 dans le service du professeur de Rouville pour pertes rouges très abondantes.

Examen. — A la palpation profonde, légère douleur à l'hypogastre et dans le flanc gauche. Au toucher, col près de la vulve regardant en avant, mou ; lèvres antérieures hypertrophiés. Déchirure à gauche. Fond utérin en rétroversion, non douloureux à la pression. Cul-de-sac droit libre, cul-de-sac gauche douloureux.

Dans le Douglas, flquant le col utérin, on sent deux masses très douloureuses, qui sont les annexes enflammées et prolabées. Hystérométrie : 8 cm. 1/2 à 9. Exulcération. La malade sort sans vouloir se laisser opérer.

Le 11 février 1909, la malade rentre. Au toucher, utérus en retroversion ; les annexes ne sont plus perçues.

Opération (le 2 mars 1909). — Laparotomie médiane. Parois très vasculaires. L'utérus est en rétroversion, fixé par de nombreuses adhérences. Une fois relevé il se montre augmenté de volume. La face postérieure est saignante avec des adhérences qui obstruent tout le Douglas. Libération des annexes qui sont également fixées par de solides adhérences. Pendant ce temps de l'opération, rup-

ture de la trompe droite à 4 centimètres environ de l'utérus et rupture de l'ovaire gauche. Hystérectomie totale. Drain en T dans le vagin. Le péritoine est suturé en surjet au-dessus. Suture de la paroi à triple étage.

Examen des pièces. — Utérus à parois épaissies et sclérosées ; au voisinage du fond, fongosités. Trompes saines dans leur quart interne ; au delà elles sont bosselées, sinueuses, augmentées de volume, surtout au voisinage du pavillon ; les franges en sont repliées et soudées ; il y a là un petit abcès contenant du liquide séro-purulent. Les plis sont considérablement hypertrophiés. Ovaires légèrement augmentés de volume et scléro-kystiques. Kyste hématique à droite.

Suites opératoires. — Excellentes. Le 6 avril 1909, la malade sort guérie.

OBSERVATION VIII

Ovaire scléro-kystique. — Sclérose utérine hémorragique. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

Catherine Ch..., 27 ans, sans profession, entre à la Villa Fournier, le 2 février 1909, pour pertes rouges abondantes.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 58 ans asystolique. Mère morte asystolique à 55 ans. Deux frères bien portants.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. —

La malade accuse comme maladies antérieures une rougeole et une fluxion de poitrine à 7 ans ; elle souffre de céphalées fréquentes et d'angines à répétition. Réglée à 14 ans régulièrement ; les règles abondantes durent 8 jours, avec caillots ; quelques rares pertes blanches. Depuis l'âge de 17 ans, les règles, tout en restant indolores, ont présenté de l'avance et du retard dans leur apparition ; elles devenaient de plus en plus abondantes et duraient de plus en plus longtemps ; des métrorragies survenaient dans les périodes intermenstruelles. Mariée à 21 ans. Pas d'accouchement ni de fausse couche. Les règles duraient au début 15 jours ; 2 ou 3 jours après, métrorragies qui allaient jusqu'aux règles suivantes. En septembre 1908, la malade subit un curettage à Marseille ; arrêt des hémorragies pendant deux mois.

Actuellement les pertes sont continues, avec de nombreux caillots. Quelques rares pertes blanches. La malade présente un peu de dyspnée d'effort.

Examen. — Le toucher révèle un utérus gros avec col volumineux et large orifice externe. Les culs-de-sac sont libres ; l'utérus, mobile au toucher, n'est pas douloureux. Hystérométrie : 8 centimètres.

Le 8 février 1909, après dilatation avec des laminaires, le toucher intra-utérin est pratiqué ; le doigt est arrêté par des masses de consistance dure. Le vagin est désinfecté en vue d'une hystérectomie vaginale.

Le 12 février, l'analyse des urines de la malade donne les résultats suivant :

Quantité en 24 heures : 2.000.

Acide.

Densité 10,4.

Pas de glucose.

Très légères traces d'albumine.

Opération. — Le 16 février, on se décide à pratiquer l'hystérectomie abdominale. Après laparotomie médiane, les annexes sont libérées ; pendant ce dernier temps, un petit kyste de l'ovaire droit se rompt. Hystérectomie totale. La vessie qui contient une sonde à demeure a remonté dans le petit bassin et est incisée involontairement ; elle est immédiatement suturée. La ligature de l'utérine gauche est difficile. Surjet sur la tranche postérieure du vagin ; drain en T. Le surjet de péritonisation ne peut être fait qu'en suturant le péritoine vésical à l'anse iléo-pelvienne ; durant l'exécution de ce surjet, perforation incomplète de l'intestin ; elle est fermée par une suture à la Lambert ; une mèche est laissée au voisinage ; une autre mèche est placée au devant de la suture vésicale. Sonde à demeure dans la vessie.

Examen des pièces. — Utérus scléreux dont l'épaisseur des parois mesure 2 centimètres ; quelques petits kystes sont appendus aux trompes normales par ailleurs. L'ovaire droit, blanchâtre et scléreux, présente les traces de la rupture du kyste survenue au cours de l'opération ; à la coupe on voit d'autres kystes de la grosseur d'une noisette. L'ovaire gauche est aussi scléro-kystique.

Suites opératoires. — Bonnes.

Le 18 et le 19 quelques épistaxis avec hémoptysie peu abondante.

Le 20, ablation des 2 mèches. Les plaies sont en bonne voie de cicatrisation.

Le 15 mars, la malade sort guérie.

OBSERVATION IX

Métrite. — Salpingo-ovarite double. — Hystérectomie abdominale totale.
Complications post-opératoires. — Guérison.

Julia Ph..., 35 ans, entre le 2 février 1909 dans le service du professeur de Rouville pour douleurs dans le bas-ventre.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans 1/2. Avance régulière de 3 à 4 jours : douleurs au moment de l'apparition des règles nécessitant l'alitement. Règles abondantes, durant 3 à 4 jours. Il y a dix ans, fausse couche de 1 mois 1/2 ; à la suite pertes rouges et blanches abondantes. Injections et pansements pour métrite.

Maladie actuelle. — Depuis 4 mois 1/2, douleurs dans le côté droit du ventre revenant chaque jour, diminuant au moment des époques. Pertes blanches abondantes et épaisses. Pas de crise de pelvi-péritonite pendant le mois de décembre. Injections et pansements. Insomnie nocturne, agitation, sueurs nocturnes.

Constipation : 1 selle tous les 2 jours par lavement.

Palpitations. Dyspnée légère d'effort. Varices des membres inférieurs.

Amaigrissement depuis le début de la maladie.

Examen. — Ventre légèrement ballonné, douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite. Au toucher, col gros, fond utérin dépassant la symphyse de 2 tra-

vers de doigt. Dans le cul-de-sac droit masse très douloureuse, petite, mal délimitable. Dans le cul-de-sac gauche, annexes moins douloureuses. Douglas libre.

Les valves mises, on voit de grosses glaires visqueuses sortant du col. Erosions autour de l'orifice du col.

Opération (le 8 février 1909). — Hystérectomie abdominale totale. Quelques adhérences du côté des annexes droites. Adhérences plus nombreuses du côté gauche où les annexes ne sont que difficilement libérées. L'utérus est alors enlevé. Il reste une partie du col du côté droit. Le vagin ouvert est cautérisé avec une mèche imprégnée de teinture d'iode. Cautérisation de la tranche vaginale avec le thermo. Surjet de la paroi postérieure du vagin. Drain en T dans le vagin. Surjet de péritonisation au-dessus du drain.

Examen des pièces. — Utérus un peu augmenté de volume. Epaisseur : 4 cm. Hystérométrie : 8 cm. Consistance dure. Sur la face postérieure au-dessus de l'isthme, fibrome sous-péritonéal de la grosseur d'une noix ; sur le fond, fibrome sous-séreux comme une grosse lentille. Sur la face antérieure, fibrome interstitiel du volume d'une grosse noisette. Annexes droites : ovaires scléreux avec petit kyste hémorragique. Ostium abdominal perméable. A gauche, ovaire scléreux, avec petits et gros kystes hémorragiques. Trompe plus volumineuse. Ostium fermé.

Suites opératoires. — Le 16 février, ablation des fils.

Le 25, la malade se lève.

Le 27, phlébite de la saphène externe gauche. Immobilisation.

2 jours après, douleur au niveau de la saphène interne et gonflement de la cuisse ; température : oscillations entre 36°5 et 37°6.

Le 15 avril, l'œdème a disparu. Un peu de circulation supplémentaire superficielle. On ne sent plus de cordon le long de la saphène externe. Il n'a plus de température. On fait du massage et le 26 avril, la malade sort à peu près guérie.

OBSERVATION X

Pyosalpinx double. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

Mlle R. L., 17 ans, couturière, entre le 5 mars 1909 dans la clinique du professeur de Rouville pour douleurs de ventre et pour pertes rouges.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Une sœur en bonne santé. Une sœur morte à 13 ans de fièvre typhoïde.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Réglée à 9 ans, régulièrement. Depuis, règles régulières, avec quelques douleurs prémenstruelles ; règles abondantes durant 4 ou 5 jours, sans caillots. Pas de pertes blanches.

Il y a un an, cinq jours après la défloration, pertes jaunes-verdâtres, sans phénomènes douloureux, ni phénomènes urinaires, pendant deux mois. Ces pertes reprennent après un arrêt de trois mois. En même temps, douleurs dans les deux fosses iliaques, arrivant à moments variables pendant le jour ou la nuit ; douleurs pongitives, parfois obligeant la malade à s'aliter. Ces douleurs sont

allées « crescendo » jusqu'à aujourd'hui. Depuis quelques jours, la douleur est plus marquée à gauche, forçant la malade à garder le lit depuis 8 jours.

Depuis un an environ, les règles avancent régulièrement de 2 à 3 jours, douloureuses, plus abondantes, durant 8 à 10 jours, avec caillots. Avant et après, pertes blanches abondantes, surtout avant. Pas de métrorragie. Amaigrissement de 4 kilogr. les quatre derniers mois. Un peu d'anorexie et de dyspepsie. Pas de vomissements. Une selle tous les deux à trois jours. Dyspnée d'ascension. Insomnie.

Examen. — Ventre douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite, un peu plus sur la ligne médiane, davantage dans la fosse iliaque gauche. A l'inspection, caroncules myrtiformes un peu, hypertrophiées. Une goutte de pus vient au méat urétral, ramenée par le doigt exprimant le canal d'arrière en avant.

Au toucher : vagin granuleux, col petit, regardant en avant, lisse. Le corps est en antéflexion, irrégulier, très douloureux à la mobilisation. Le cul-de-sac postérieur est libre. Dans le cul-de-sac droit, les annexes peu augmentées de volume, très douloureuses, sont perceptibles. Dans le cul-de-sac gauche, annexes aussi douloureuses, mais plus facilement perçues, sur les côtés et un peu en arrière de l'utérus.

Examen aux valves : Légère ulcération en bas et en arrière de l'orifice externe ; glaires épaisses et filantes.

On institue le traitement suivant : Repos, compresses chaudes sur le ventre, tampons d'ichtyol, lavements chauds.

Le 26 mars 1909, le toucher révèle dans le cul-de-sac droit une grosse masse annexielle, nettement limi-

tée, fluctuante et douloureuse. Mêmes signes à gauche.

Opération, le 31 mars 1909. — Anesthésie au chloroforme : 50 grammes. Laparotomie médiane sous-ombilicale : paroi très vasculaire. A l'ouverture du ventre, on aperçoit de très nombreuses adhérences, avec des poches contenant du liquide de pelvi-péritonite ; ces adhérences relient l'utérus et les annexes, à la vessie, l'intestin et l'épiploon. Ces adhérences se rompent assez facilement et on peut atteindre l'utérus. Les annexes droites sont très adhérentes, la trompe augmentée de volume contient du pus, la poche se rompt au cours des manœuvres de libération. A gauche il en est de même ; rupture du pyosalpinx. Hystérectomie totale. Dans le vagin, on introduit successivement une mèche imbibée de teinture d'iode, puis un drain en T. Ligature des pédicules. Surjet de péritonisation au-dessus du drain. Un drain mis dans le Douglas ressort par la plaie abdominale. Surjets de la paroi et crins.

Examen des pièces. — L'utérus a un volume normal. L'antéflexion utérine est très marquée, l'orifice externe est bilabié. Petit fibrome gros comme une noisette au niveau de la corne droite.

Annexes droites : Trompe sinueuse, très augmentée de volume ; au niveau du pavillon, la trompe est très dilatée : elle formait une cavité fermée par de l'épiploon qui a été détaché en même temps que la trompe. Ovaire scléro-kystique.

Annexes gauches : Trompe nodulaire, flexueuse. Nodulations à la corne utérine. Le pavillon manque et est resté dans le ventre. Ovaire scléro-kystique, kyste hémattique, folliculaire. Petit kyste hémattique du corps jaune.

Suites opératoires. — Bonnes. Le 2 avril 1909, ablation du drain abdominal ; le 3, ablation du drain vaginal ; le 8, ablation des fils. Pendant quelques jours, léger écoulement au niveau des drains et immédiatement au-dessous sous la peau. Au niveau du pied gauche brûlure du 3^e degré. Le 28 avril 1909, la malade sort guérie.

OBSERVATION XI

Métrite parenchymateuse chronique. — Hydrosalpinx double.
Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

Elisa D..., 40 ans, couturière, entre le 18 avril 1909 dans le service du professeur de Rouville pour pertes rouges.

Antécédents personnels. — *Histoire de la maladie.* — A toujours joui d'une bonne santé. Réglée à 17 ans régulièrement. Depuis, règles régulières, abondantes, durant 8 à 10 jours, sans douleurs ni caillots. Pas de pertes blanches. Mariée à 20 ans. Cinq enfants. Pas de fausse couche. Rien à signaler dans les grossesses et les accouchements, tous à terme ; un à 2 jours de lit après. Allaitement du 1^{er} enfant qui meurt à 10 ans du croup. Les autres enfants sont morts à un mois. Depuis le mariage, pas de modifications des règles.

Il y a 2 ans, à la suite d'une période menstruelle, des pertes sanguines ont commencé qui ont continué dans les

périodes intermenstruelles suivantes, avec quelques arrêts de un à deux jours.

Le 24 mars 1908, la malade entre dans le service et subit un curettage le 16 avril. Un mois après, l'écoulement sanguin recommence et persiste durant 6 mois. Puis arrêt pendant 3 mois. En décembre 1908, les pertes rouges reparaissent et persistent sans arrêt jusqu'à la fin de mars 1909.

Au commencement d'avril, pertes plus abondantes et apparition de caillots. Pas de douleurs. Amaigrissement marqué, pâleur du visage. Fatigue rapide dans la marche, maux de tête, vertiges, syncopes. Anorexie; après le repas, nausées, douleur à l'épigastre. Pas de constipation. Dyspnée d'effort. Palpitations.

Examen. — Ventre souple, indolore à la pression. La vulve est couverte de sang. Déchirure légère du périnée.

Au toucher, col très court, à lèvres indurées, à orifice externe arrondi. L'induration se sent encore en arrière sur une étendue de 3 à 4 cm. Le fond de l'utérus est perçu au-dessus de la symphyse, à droite de la ligne médiane. Le sang s'écoule assez abondamment de la cavité utérine et se coagule dans les culs-de-sac. Orifice à contour sclérosé.

Hystérométrie : 8 1/2 à 9 cm.

Le 23 avril 1909, on procède à un curettage explorateur pour faire examiner les fragments de la muqueuse.

Le 24 avril, analyse d'urine : Quantité des 24 heures : 1.500.

Densité : 1.008. Réaction acide. Urée : 3 gr. 39 par litre. Albumine : traces.

Après une injection de sérum, l'urée remonte à 7 gr. par litre.

Opération. — Le 8 mai 1909, sous anesthésie au chlo-

roforme, on pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale.

Dans le Douglas on trouve deux gros hydrosalpinx. A droite, les annexes sont facilement libérées. A gauche, nombreuses adhérences très résistantes. Hystérectomie totale. Hémostase difficile au niveau des tranches vaginales. Drain en T. Surjet et péritonisation. Fermeture de la paroi par 2 surjets et crins. Pas de drain.

Examen des pièces. — Utérus gros, à parois très épaissies et scléreuses. A droite et à gauche, gros hydrosalpinx. Ovaire gauche très kystique. Ovaire droit augmenté de volume mais moins kystique.

Suites opératoires. — Très bonnes.

Le 10 mai, ablation du drain vaginal.

Le 17 mai, ablation des fils. Réunion par première intention.

Le 2 juin, sort guérie.

OBSERVATION XII

Métrite. — Salpingite bilatérale. — Hystérectomie abdominale totale.
Guérison.

Adrienne R..., 32 ans, entre le 25 août 1909 dans le service du professeur de Rouville pour douleurs abdominales violentes.

Antécédents héréditaires. — Père mort bacillaire à 56 ans. Mère bien portante. Une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Aurait été malade jusqu'à l'âge de 6 mois, sans qu'il soit possible de déterminer la nature exacte de l'affection.

Bonne santé habituelle ensuite. Régliée à 15 ans 1/2 régulièrement. Les règles sont parfois précédées de douleurs ; elles sont peu abondantes, régulières.

Première grossesse il y a 10 ans. Au 7^{me} mois, des hémorragies sans doute dues à un placenta prævia obligent la malade à garder 5 jours le lit. L'enfant est né en état d'asphyxie blanche. Quatre jours de lit après l'accouchement. Six mois après, 2^e grossesse normale ; bon accouchement suivi de quatre jours de repos au lit. La malade a nourri pendant 3 mois son 2^e enfant. Pendant le 3^e mois elle a souffert du ventre ; à la fin de ce mois les règles ont fait leur réapparition et la sécrétion lactée a cessé. Il y a trois ans, coliques violentes pendant 8 jours. Depuis ce temps quelques douleurs abdominales vagues ont persisté.

Le 8 août 1909, la malade recommence à souffrir violemment. Elle est obligée de s'aliter le 13. Les règles sont venues et les douleurs n'ont fait qu'augmenter.

A son entrée à l'hôpital, on lui fait mettre de la glace sur le ventre ; lavements chauds.

Examen. — Le toucher montre un col repoussé en avant.

Le Douglas est occupé par une collection.

On sent une grosse masse annexielle à gauche, une plus petite à droite.

Opération. — Le 16 septembre, laparotomie médiane sous-ombilicale. On tombe sur une collection purulente dans le Douglas. Les annexes sont très atteintes. L'appendice est adhérent par son extrémité à la trompe droite.

Hystérectomie totale avec appendicectomie.

On fait le drainage vaginal et abdominal.

Suites opératoires. — Normales.

Le 16 octobre, la malade est guérie.

OBSERVATION XIII

Salpingo-ovarite et kyste de l'ovaire gauche. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison.

Pauline P..., épouse A..., entre le 22 octobre 1909 dans le service de M. le professeur de Rouville, pour douleurs dans le bas-ventre.

Antécédents. — Réglée à 13 ans avec quelques douleurs, régulièrement. A 19 ans se marie et a 4 enfants. Le 1^{er} accouchement a lieu avant terme (7 mois), fœtus mort ; 2^e accouchement : fœtus mort de 8 mois, grave hémorragie après l'accouchement, longue maladie ; 3^e accouchement à terme, l'enfant meurt 3 mois après, le corps couvert de boutons ; à partir de cet accouchement la malade souffre du ventre ; 4^e accouchement laborieux, à terme ; 3 mois après hémorragies assez abondantes. Les douleurs abdominales deviennent de plus en plus fortes. Pendant 4 ans la malade continue à souffrir et ces derniers mois la douleur est telle que la malade ne peut plus vaquer à ses occupations.

Examen. — Utérus en rétroversion très marquée, peu

mobile. Les culs-de-sac sont souples, le gauche est un peu douloureux.

Opération (le 8 novembre). — Incision médiane. L'utérus est complètement renversé dans le Douglas, sa face postérieure adhérente au vagin. On s'aperçoit aussi que l'ovaire gauche est le siège d'un kyste du volume d'une mandarine. Les trompes sont obturées et l'ovaire droit scléro-kystique. On se décide à l'hystérectomie subtotale, après avoir ramené l'utérus dans sa position normale. A ce moment le kyste éclate. Drainage, suture avec crins.

Suites opératoires. — 8 jours après l'opération, la malade a une hémorragie cervicale et des pertes blanches. On lui fait une cautérisation le 7 décembre. Tout rentre bientôt dans l'ordre et la malade sort guérie.

OBSERVATION XIV

Pyosalpinx énorme. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison.

Mme P..., 25 ans, entre dans le service du professeur de Rouville, le 30 mai 1907, pour douleurs lombo-pelviennes, pertes rouges et blanches.

Antécédents personnels. — *Histoire de la maladie.* — Réglée à 10 ans 1/2 sans douleur. Depuis, les règles peu abondantes ne durent que 2 ou 3 jours, mais présentent une grande irrégularité dans leur apparition. En effet, la malade est restée jusqu'à 6 mois sans voir d'écoulement

menstruel. Dès cette époque des pertes blanches sont apparues. Mariée à 16 ans. Les règles se régularisent, mais restent peu abondantes et de courte durée.

Premier accouchement en 1899 à 8 mois de grossesse ; suites normales ; se lève au 10^e jour. Deuxième accouchement en 1902. Suites normales, se lève au 10^e jour. Pendant ces deux grossesses, albuminurie qui disparaît après l'accouchement. Troisième accouchement en 1905. Suites normales. L'albuminurie reparait pendant la grossesse et se maintient après l'accouchement. Quatrième accouchement en 1906 ; présentation du siège ; accouchement difficile ; la manœuvre de Mauriceau est pratiquée ; le fœtus meurt. Suites normales. Un mois après ce dernier accouchement, métrorragie légère, mais continue, qui dure un mois malgré une médication vaso-constrictive. Vingt jours après l'arrêt de cette hémorragie les règles réapparaissent et durent 8 jours ; elles reviennent régulièrement tous les mois jusqu'en décembre. A cette époque, métrorragie de 12 jours.

En septembre 1906, après un trajet en chemin de fer, la malade avait ressenti de très vives douleurs abdominales ; s'étant alitée elle vit disparaître les douleurs au bout de 48 heures, mais il lui resta une grande faiblesse persistante ; pas de vomissements. En janvier et février 1907, nouvelle exagération des règles. En mars, curetage ; à la suite de cette intervention, les règles ne durent plus que 10 jours. En mai, apparition d'une douleur violente dans le bas-ventre, précédant de 48 heures le flux menstruel.

A l'arrivée de la malade à l'hôpital, les douleurs continues avec exacerbation matinale siègent surtout vers le sacrum. Pas d'hémorragie entre les règles qui sont nor-

males. Pertes intermenstruelles blanches et inodores. La malade est très pâle, les gencives et les conjonctives décolorées. C'est une nerveuse qui raconte son histoire avec volubilité mais grande intelligence.

Examen. — Vagin normal. Col utérin dans l'axe ; la lèvre antérieure a une consistance fibromateuse. Le fond de l'utérus n'est pas perceptible au palper abdominal ; mais le doigt introduit dans le cul-de-sac postérieur le sent nettement en rétroflexion à 90° environ. Le doigt perçoit aussi, bombant dans le cul-de-sac postérieur, collée contre le fond de l'utérus dont aucun sillon ne la sépare, une tumeur sphéroïde, rénitente et douloureuse à la pression. Le cul-de-sac antérieur et les culs-de-sac latéraux sont libres. L'hystéromètre ne peut être introduit à plus de 4 à 5 centimètres.

Opération. — Le 29 juin 1907, le professeur de Rouville pratique une laparotomie. On trouve l'utérus en rétroflexion ; deux énormes trompes plongent dans le Douglas ; la gauche surtout présente un volume exceptionnel. Adhérences faciles à détacher. On commence par isoler les annexes droites ; mais, au moment où elles vont être libérées, la trompe se creève et laisse écouler sur les compresses une assez grande quantité de pus vert clair contenant en suspension des grumeaux. On vide cette trompe et on l'enlève facilement après avoir pincé le pédicule annexiel au ras de l'utérus. On essaie ensuite mais en vain de libérer les annexes gauches. La trompe énorme plonge profondément dans le Douglas, et on ne peut en atteindre avec les doigts la partie déclive. L'utérus en rétroflexion est très gênant. Aussi se décide-t-on à l'enlever par le procédé de Kelly (hystérectomie subtotale) ; et dès lors les annexes gauches sont facilement enlevées de dedans en dehors et de bas en haut. Bien

que très tendue, la trompe ne se crève pas. Hémostase. Péritonisation parfaite. Un drain en caoutchouc est laissé dans le Douglas.

Suites opératoires. — Parfaites. Température toujours au-dessous de 37°. La malade sort absolument guérie le 25 juillet 1907.

OBSERVATION XV

Méto-salpingo-ovarite double chez une ancienne hystéropexiée.
Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison.

Mme D..., 31 ans, entre le 2 juin 1907, salle A. Paré, pour douleurs abdominales, pertes rouges et blanches.

Antécédents personnels. — *Histoire de la maladie.* — Réglée à 10 ans ; les règles très régulières, sans caillots, durent 4 à 5 jours. Mariée à 15 ans 1/2. Dix mois après, premier accouchement normal. Une seconde grossesse, *trigémellaire*, survient, qui donne lieu à un accouchement très pénible (les trois jumeaux ne survivent que 48 heures). Depuis cette époque, pertes blanches et douleurs abdominales. Six autres grossesses surviennent ; les accouchements sont normaux mais les grossesses douloureuses. Il y a deux ans, les douleurs augmentent d'intensité. M. Tédénat pratique une hystéropexie abdominale (procédé Doléris-Richelot). Mais, 15 jours après, les douleurs et les pertes blanches reparaissent. Elle

reste dans cet état pendant deux ans ; aucune amélioration ne se produisant, la malade va consulter pour ses hémorragies et ses douleurs le docteur Reynès qui la fait entrer dans le service.

Examen. — Ventre dur et d'exploration difficile. L'utérus est très fortement fixé à la paroi, à tel point que cette dernière suit les mouvements imprimés au col. Le col est normal ; le corps utérin gros remonte à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. Les culs-de-sac sont libres, sauf l'antérieur dans lequel on sent l'utérus fixé en avant.

Intervention. — Le 15 juin, hystérectomie abdominale. Incision parallèle à celle faite par M. Tédenat. Après la peau, la paroi dont les différents plans sont fusionnés est incisée en un temps jusqu'au péritoine. La vessie est repérée par une sonde, et on arrive à l'isoler en sculptant aux ciseaux la paroi antérieure de l'utérus très adhérente au péritoine. Ablation de l'utérus et des annexes en un bloc (hystérectomie subtotale). Péritonisation parfaite après résection d'une grosse masse épiploïque adhérente à la paroi au-dessus de l'utérus. Sutures sans drainage.

Suites opératoires. — Guérison sans incident. Sort le 3 juillet 1907.

Examen des pièces. — Utérus volumineux à parois très hypertrophiées. Trompes très longues et renflées en chapelet ; leur cathétérisme au niveau du pavillon montre leur oblitération au tiers interne. Ovaires volumineux, scléro-kystiques.

OBSERVATION XVI

Salpingo-ovarite double *post abortum*. — Hystérectomie abdominale subtotale.
Guérison.

Louise C..., 22 ans, entre dans le service du professeur de Rouville, salle Fuster, le 31 juillet 1907.

Antécédents personnels. — *Histoire la maladie.* — Réglée à 13 ans normalement et sans douleur jusqu'à son mariage qui a eu lieu il y a un an. Deux mois plus tard, fausse couche de deux mois. A partir de cette époque, douleurs bilatérales dans les fosses iliaques; ces douleurs sont exacerbées par la fatigue. Les règles sont très abondantes, avec de nombreux caillots, et durent 8 jours. Pertes blanches très abondantes. En juin 1906 elle est entrée à la clinique pour y subir un curetage qui n'a entraîné aucune amélioration.

Examen. — On sent l'utérus gros fixé en antéflexion. Rien dans le cul-de-sac droit; mais dans le cul-de-sac gauche on perçoit une masse douloureuse du volume d'un œuf de pigeon.

Intervention. — Le 9 août 1907, sous l'anesthésie au chloroforme, incision médiane du pubis à l'ombilic. Dès que le péritoine est incisé, on aperçoit le fond de l'utérus auquel adhèrent des franges épiploïques et des anses intestinales. Ces adhérences sont détachées; les plus volumineuses après ligature; on arrive ainsi dans le

Douglas; les annexes sont très solidement fixées en arrière de l'utérus et sur les bords de l'excavation pelvienne. En allant de bas en haut on parvient à isoler les annexes gauches. On place alors deux pinces au niveau de la corne utérine droite et on enlève d'un bloc utérus et annexes gauches (hystérectomie subtotalé).

Dans un 2^e temps on libère, non sans grandes difficultés, les annexes droites et on place une pince sur le ligament lombo-ovarien. L'hémostase est faite; on place un drain à travers le cul-de-sac postérieur du vagin abaissé. On fait la péritonisation par suture du péritoine vésical à l'S iliaque abaissée. Drainage abdominal et suture de la paroi sur plusieurs plans. L'opération a duré une heure 3/4.

Suites opératoires. — Les suites sont bonnes; le 6 septembre la plaie est complètement cicatrisée et la malade se lève. Elle sort le 17 septembre en excellent état.

Examen des pièces. — Les annexes encerclées d'adhérences forment une masse dans laquelle on arrive à reconnaître les trompes hypertrophiées, sinueuses, non kystiques (salpingite parenchymateuse) et les ovaires présentant des lésions d'ovarite scléro-kystique infectieuse. L'utérus est de grosseur normale.

Les lésions sont beaucoup plus considérables que ne le faisait prévoir l'examen physique. On ne sentait pas de masse annexielle à droite parce que ces annexes prolabées dans le Douglas faisaient corps intime avec l'utérus qui paraissait, de ce fait, très augmenté de volume.

OBSERVATION XVII

Méto-salpingo-ovarite double (origine bacillaire ?). — Hystérectomie abdominale subtotala. — Guérison.

Mme V..., 36 ans, entre à la Clinique du professeur de Rouville, le 30 septembre 1907, pour douleurs lombaires et pertes blanches.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — A eu la fièvre scarlatine à 8 ans et les fièvres paludéennes. Anémie jusqu'à son mariage. Réglée à 18 ans. Après sa première menstruation, six mois d'aménorrhée. Puis les règles reviennent, se régularisent ; elles durent 8 jours, sont très abondantes, avec caillots ; elles sont douloureuses, accompagnées de nausées, de vomissements, de céphalée ; elles obligent souvent la malade à garder le lit. A l'âge de 19 ans, à la suite d'une frayeur, les règles s'arrêtent neuf mois. Au même moment la malade est atteinte de bronchite avec toux quinteuse, crachats striés de sang, hémoptysies. Depuis lors la malade tousse toujours, s'enrhume très facilement et a de temps en temps des crachats sanguinolents. A l'âge de 20 ans, les règles se rétablissent, souvent précédées de douleurs pendant 5 ou 6 jours. Mariée à 24 ans (1895). Un an après, grossesse normale, suivie d'un accouchement assez long ; la femme se lève au bout de 3 jours. L'enfant meurt à 4 mois. Les règles reparaissent 5 mois après l'accouchement,

mais une seule fois, car la malade redevient enceinte. Bonne grossesse et accouchement normal en 1897 ; bonnes suites de couches. La menstruation se rétablit bien. L'enfant meurt à 15 mois de méningite. En 1899, troisième grossesse s'accompagnant de faiblesse générale et d'anorexie ; accouchement normal. Retour normal des règles. L'enfant meurt tuberculeux à 5 ans 1/2. En 1902, avortement de 3 mois suivi de fièvre ; la malade garde le lit 2 mois ; les règles se rétablissent bien mais sont moins abondantes.

Depuis cette époque, la malade ressent des douleurs pelviennes lombaires irradiées dans la région épigastrique ; elles ne sont pas continues, mais présentent une exacerbation vespérale, après la fatigue de la journée. Ces douleurs sont plus vives au moment des règles et présentent leur maximum d'intensité à droite. Depuis l'établissement des règles le malade a des pertes blanches continues et plus abondantes depuis 1905 ; elles sont jaunâtres, tachent et empèsent le linge.

Examen — Vagin normal ; col gros ; la lèvre antérieure est très épaissie, la postérieure mince. Le col mou, œdématié, laisse pénétrer le doigt. Utérus gros assez mobile, à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Dans le cul-de-sac postérieur et à droite on perçoit un corps dur et très douloureux qui est probablement l'ovaire prolabé ; la trompe droite est hypertrophiée et douloureuse à la pression ; on sent également la trompe gauche en place mais douloureuse. L'utérus est légèrement douloureux à la mobilisation.

Le 23 octobre, les règles apparaissent avec 5 jours de retard ; elles sont douloureuses au début et durent jusqu'au 27 octobre.

Opération. — Le 2 novembre 1907, le professeur de

Rouville pratique l'hystérectomie abdominale subtotale.

Suites opératoires. — Elles sont parfaites. Trois semaines après l'opération la malade quitte le service complètement guérie. Revue le 11 mars 1908, elle est en parfait état.

OBSERVATION XVIII

Salpingo-ovarite. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison.

Augustine C..., 21 ans, entre à la salle Ambroise-Paré le 5 octobre 1907 pour douleurs abdominales violentes et pertes blanches.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Mère opérée il y a 11 ans d'un kyste de l'ovaire qui pesait 15 livres.

Antécédents personnels. — *Histoire de la maladie.* — Réglée à 14 ans très irrégulièrement (tous les 15 jours parfois). Pertes rosées au début ; pas de pertes blanches intermenstruelles. Les règles étaient très douloureuses, au point que la malade allait jusqu'à « se rouler par terre ». Soignée à cette époque pour chloro-anémie. Il y a un an, pertes blanches peu abondantes, tachant le linge. En même temps, apparition de violentes douleurs abdominales siégeant principalement au niveau de la fosse iliaque droite, mais s'irradiant dans tout le ventre. Ces douleurs présentent des crises paroxystiques d'une durée de 2 heures environ. La malade entre dans le ser-

vice de gynécologie annexé à la Maternité, et y resta 67 jours couchée ; elle est traitée par des injections chaudes et la columnisation. Sortie guérie, elle passe 9 mois sans éprouver de nouveaux troubles. Au milieu de septembre, elle recommence à souffrir du côté gauche, reste 15 jours couchée chez elle et entre à l'hôpital dans le service du professeur de Rouville.

Examen.— Ventre très souple. Douleurs dans la fosse iliaque gauche. Le col de l'utérus présente un orifice punctiforme ; il regarde du côté du sacrum.

Dans le cul-de-sac latéral gauche on sent une masse volumineuse sans qu'il soit possible d'affirmer si c'est le corps de l'utérus augmenté de volume et déjeté à gauche de la ligne médiane, ou un paquet d'adhérences péri-annexielles. Le diagnostic d'annexite gauche est porté et la malade est traitée par des injections chaudes en attendant l'intervention.

Opération.— Le 12 novembre le professeur de Rouville pratique une laparotomie médiane. Les annexes présentent de nombreuses adhérences et on se trouve en présence d'un foyer de pelvi-péritonite. L'hystérectomie subtotale est pratiquée. On laisse un drain.

Suites opératoires.— Le 13 novembre, pas de température ; pouls à 75.

Le 30 novembre, légère suppuration au niveau du drain ; eau oxygénée, teinture d'iode.

Le 2 décembre, pansement ; légère suppuration au niveau du drain ; cautérisation.

Le 12 décembre, la malade sort guérie.

La malade a été revue en mars 1907 et a déclaré être absolument guérie.

OBSERVATION XIX

Annexite double. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison.

Mme P.:., 30 ans, entre à la clinique du professeur de Rouville le 26 octobre 1907, pour pertes blanches et douleurs au bas-ventre avec irradiations vers les lombes et les cuisses.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Réglée à 13 ans régulièrement, sans douleurs; durée des règles : 3 jours environ. A 16 ans la malade est atteinte de chlorose; les règles s'interrompent pour se rétablir normalement au bout de six mois. Mariée à 19 ans. De vient enceinte peu après. Grossesse douloureuse, avec vomissements fréquents, anorexie absolue, amaigrissement de 10 kilogr. Accouchement normal, suivi d'une fièvre légère qui dure 10 jours mais n'empêche pas la malade de vaquer à ses occupations après quatre jours de lit. Les règles se rétablissent 7 mois après. En 1902, dans l'espace de 6 mois, trois avortements d'un mois environ. La malade ne se soigne pas sérieusement, ne garde pas le lit un seul jour. En 1903, nouvelle grossesse; à la fin du deuxième mois, perte abondante d'un liquide clair. La malade garde deux mois le lit, porte une ceinture et se repose complètement jusqu'à la date de l'accouchement qui a lieu à terme et normalement; huit jours de lit; pas de fièvre. Retour des règles un mois

après. Depuis ce moment les règles sont devenues irrégulières, avançant de 8 jours au moins chaque fois. Le dernier accouchement a été suivi de pertes blanches qui ont duré trois ans et ont cédé à un traitement approprié.

Depuis le premier accouchement, douleurs abdominales très légères, mais qui ont augmenté d'intensité à la suite des trois avortements mentionnés. Actuellement ces douleurs sont très vives, localisées surtout au côté droit, avec irradiation vers les lombes et vers les cuisses. Elles apparaissent sans cause déterminée, durent un quart d'heure et disparaissent. Elles sont accrues par la fatigue. Dyspnée d'effort. Depuis six mois la malade présente des crises hystériformes : striction du pharynx, sensation de boule mobile, pertes de connaissance.

Examen. — Vagin très profond. Les culs-de-sac sont assez libres ; dans le droit, on sent la trompe augmentée de volume et douloureuse. Col gros, lèvre antérieure très épaisse ; saigne facilement. Ulcération autour de l'orifice du museau de tanche. Utérus en place, peu mobile, douloureux à la mobilisation. On ne perçoit pas de grosse masse autour de lui. Longueur de l'utérus : 7 centimètres.

Opération. — Le 6 novembre, le professeur de Rouville pratique l'hystérectomie subtotale. Le tissu utérin est scléreux ; le bistouri l'entame avec peine. Une hémorragie en nappe assez difficile à arrêter se produit au niveau de l'angle gauche du moignon utérin. Le thermocautère ne fonctionnant pas, un petit tampon imbibé de phénosalyl et placé au bout d'une pince de Kocher est enfoncé à deux reprises dans la cavité cervicale.

Péritonisation parfaite malgré la grande fragilité du col et du péritoine. A signaler l'issue dans le petit bassin

à travers le canal cervical d'une partie de l'injection vaginale; c'est la deuxième fois que cet incident se produit sans suites fâcheuses.

Examen des pièces. — L'ovaire droit renferme de nombreux kystes séreux, un kyste hématique gros comme une groseille et un énorme corps jaune. L'ovaire gauche est scléro-kystique. Les trompes sont congestionnées et flexueuses; les pavillons sont sains. L'utérus est hypertrophié, ses parois sont épaissies; la muqueuse est fongueuse.

Suites opératoires. — Sort guérie le 1^{er} décembre 1907. Revue depuis : va très bien.

OBSERVATION XX

Annexite double. — Pelvi-péritonite. — Hystérectomie abdominale subtotale.
Guérison.

Laurence L..., 25 ans, entre dans le service du professeur de Rouville, le 14 mai 1908, pour douleurs abdominales et pertes blanches.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, les règles durent 4 jours sans douleurs; pas de pertes blanches. Trois enfants; accouchements et grossesses normaux; pendant ces grossesses seulement des pertes blanches. Pas de fausses couches. Depuis 1 an où elle a eu une forte émotion, la malade a souffert. Elle a eu à ce moment une métrorragie très abondante. Hémoptysies. Depuis, crises d'aménorrhée

suivies de ménorragies et de métrorragies. Douleurs dans les fosses iliaques, dans les reins, le périnée, les fesses. Pertes blanches assez abondantes.

Examen. — A la palpation, rien de saillant. Au toucher, gros col déchiré transversalement, assez mobile. Utérus en antéversion. Dans les culs-de-sac, toucher douloureux aussi bien à gauche qu'à droite. Des deux côtés, annexes sensibles mais peu volumineuses.

Opération (le 7 juin 1908). — Anesthésie au chloroforme laborieuse. Incision de la paroi. Bonne musculature. A l'ouverture de la cavité péritonéale on trouve dans le cul-de-sac vésico-utérin quelques centimètres cubes de liquide ascitique jaunâtre et clair. Adhérences épiploïques au fond de l'utérus. Utérus volumineux. Annexite à droite et à gauche avec adhérences et lésions de paramétrite. Pelvi-péritonite avec nombreuses cavités renfermant liquide. Ablation des annexes et de l'utérus après décollement des adhérences. Hystérectomie subtotale.

Suites opératoires. — Excellentes. Pas d'incident.

OBSERVATION XXI

Salpingo-ovarite double scléro-kystique. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison.

Jeanne C..., 38 ans, entre le 4 juin 1908 dans le service du professeur de Rouville pour douleurs dans les fosses iliaques surtout du côté gauche.

Antécédents. — Réglée à 12 ans. Mariée à 17 ans. 6 enfants. 1 fausse couche. 5 premiers accouchements normaux. Après le 5^e survenu il y a 6 ans, elle a subi un curettage pour métrorragies. Après cela elle a souffert du ventre dans l'hypogastre et les fosses iliaques. Leucorrhée. Il y a 3 ans 1/2 a eu un 6^e accouchement avec une mauvaise présentation. Pendant les suites de couches la malade souffre beaucoup du ventre. Règles revenues un an après sous la forme de ménorragies durant 10 à 12 jours et chaque mois en avance. Syncopes fréquentes.

Examen. — Ballonnement considérable du ventre douloureux. Col déchiré avec bouchon muco-purulent de métrite; l'utérus en antéflexion remonte haut. Le cul-de-sac droit paraît souple, le gauche est très douloureux. Sensation d'une masse annexielle. On pose le diagnostic d'annexite avec lésions paramétritiques.

La malade est mise au repos. Compresses humides sur le ventre. Injections et lavements. Cacodylate de soude. La malade a plusieurs syncopes dans le service. Le ventre diminue peu à peu et, quand on juge les lésions refroidies et la malade susceptible de supporter le choc, on pratique une intervention.

Opération (le 15 juin). — Laparotomie. Incision de la paroi. Bonne musculature. Utérus normal. A droite, l'ovaire est du volume d'une petite noix et présente un kyste hématique d'un corps jaune et des petits kystes folliculaires; la trompe est turgescence et hyperémie. Ablation. A gauche, petit ovaire scléro-kystique. Ignipuncture. On termine par une ablation subtotale de l'utérus.

Suites opératoires. — Bonnes.

OBSERVATION XXII

Salpingo-ovarite micro-kystique. — Hystérectomie abdominale subtotale.
Guérison.

Marie B..., 26 ans, entre le 31 août 1908 dans le service du professeur de Rouville pour pertes rouges et douleurs abdominales.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Les règles ont toujours été plutôt avancées, très abondantes, durant 7 à 8 jours, très douloureuses, avec caillots obligeant la malade à garder le lit. A 15 ans 1/2, péritonite. A 17 ans, fluxion de poitrine. Mariée à 18 ans; accouchement normal 9 mois après. 21 jours après l'accouchement est survenue une métrite qui a été soignée pendant 6 mois. Aussitôt après, fièvre typhoïde compliquée d'hémorragie intestinale. La malade semble être hémophile; épistaxis fréquentes.

Le 5 août dernier, elle aurait eu une indigestion (intoxication par les huîtres), et 12 jours après une métrorragie qui dura 3 jours. Depuis lors les pertes rouges, tout en diminuant d'intensité, n'ont pas cessé. Quelques pertes blanches. La malade se plaint de violentes douleurs du type annexiel.

Examen. — Col légèrement hypertrophié, largement fendu dans le sens transversal, ouvert, regardant dans l'axe du vagin. L'utérus est mobile et en légère rétroversion; on sent le fond de l'organe vers le haut du promon-

toire. Dans le cul-de-sac gauche on sent une masse adhérente à l'utérus dont elle est séparée par un sillon. Cette masse est dure, légèrement douloureuse à la pression et du volume d'un petit œuf de poule. Cul-de-sac postérieur libre. Le cul-de-sac droit présente des lésions analogues à celles du gauche, mais plus douloureuses. Ces douleurs, qui étaient très intenses au moment de l'entrée de la malade, s'atténuent beaucoup au bout de quelques jours et l'examen devient plus aisé. Il est à noter que dans la fosse iliaque droite la pression détermine une douleur nettement localisée au point de Marc Burney et qu'on sent rouler un cordon qui semble être l'appendice. Cavité utérine fongueuse, très saignante. Hystérométrie : 8 centimètres. Le 25 septembre un curettage est pratiqué ; pas de réaction péritonéale. La malade se lève le 8 octobre. Les douleurs reparaissent. Une menstruation survient, très douloureuse, et dure 3 jours.

Opération. — Le 10 octobre, une laparotomie sous-ombilicale est pratiquée. Hémorragie très abondante dès l'incision pariétale. Les annexes sont trouvées adhérentes dans le Douglas ; les ovaires sont micro-kystiques. Hystérectomie subtotal. Double surjet pour la péritonisation. Hémostase très rigoureuse. Surjet pariéto-abdominal. Crins.

Examen des pièces. — Salpingo-ovarite micro-kystique double. Adhérences. Trompes perméables.

Suites opératoires. — Excellentes. Quelques vomissements les 3 premiers jours. Les douleurs ont complètement disparu.

OBSERVATION XXIII

Kyste de l'ovaire. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison.

Gabrielle B..., 42 ans, entre le 17 septembre 1908 dans le service du professeur de Rouville pour pollakiurie et dysurie et douleurs dans le bas-ventre.

Examen. — Inspection de la région abdominale : Tuméfaction allant du flanc droit à la ligne médiane, la débordant à gauche, visible à jour frisant, n'atteignant pas l'ombilic.

Palpation : Tumeur dure, non douloureuse, non fluctuante.

Percussion : Matité au niveau de la tumeur, pas d'ascite dans les flancs.

Toucher : Col refoulé en haut, derrière le pubis et à gauche. Antéversion. Cul-de-sac antérieur libre, profond. Culs-de-sac latéraux non douloureux. Cul-de-sac latéral droit : il est impossible de percevoir un cordon ou noyau annexiel. Cul-de-sac latéral gauche : la main abdominale perçoit haut située une tuméfaction du volume d'un œuf de pigeon. Cul-de-sac postérieur : tuméfaction dure, en croissant, débordant les culs-de-sac latéraux et ne paraissant pas séparée de l'utérus par un sillon. Les mouvements imprimés à la tumeur abdominale mobilisent le col et simultanément la tumeur du Douglas ; cette dernière ne paraît ni rénitente, ni fluctuante. Toucher intra-

cervical : lumière du col ovoïde. Ecoulement d'une sérosité rougeâtre (métrite symptomatique).

Un nodule fibreux du volume d'une noisette a été trouvé dans le corps à l'examen des pièces.

Examen général : Légère arythmie cardiaque. Diminution du murmure vésiculaire et frottements à la base gauche. Douleur provoquée et spontanée dans la région des deux lombes. Les reins ne sont pas perceptibles au ballottement.

Analyse des urines : 14 gr. d'urée. Traces d'albumine.

Opération (21 septembre 1908). — Laparotomie sous-ombilicale. On voit, aussitôt le péritoine ouvert, un kyste inclus dans le ligament large droit, développé surtout dans la partie postérieure, adhérent à l'utérus qu'il repousse en avant. Les annexes gauches, du volume d'un œuf, sont également kystiques.

Incision du péritoine sur le gros kyste droit, suivie d'énucléation ; la poche du kyste est adhérente au péritoine et s'en laisse assez difficilement séparer. On parvient cependant à l'enlever sans provoquer d'hémorragie notable. Ablation des annexes gauches : ces deux interventions laissent une surface cruentée, dont la péritonisation serait difficile. Aussi se décide-t-on à enlever également l'utérus rendu inutile par l'ablation des deux ovaires kystiques. Hystérectomie subtotal. Drainage vaginal (un drain en caoutchouc, deux mèches de gaze).

Examen des pièces. — Les lésions du côté gauche ne sont que le stade de début des lésions du côté droit ; elles sont constituées par un kyste d'origine ovarique inclus dans le ligament large, les restes de l'ovaire étant d'ailleurs plutôt devinés que reconnus. Tumeur intéressante à plusieurs égards : 1° Sédation relative de la dysurie et des

douleurs à la suite de l'ascension du kyste depuis quelques semaines; 2° Formation aux dépens des annexes droites d'un kyste prédominant à gauche et non fluctuant; 3° Erreur clinique facile avec fibrome, étant donné l'intégrité apparente du cul-de-sac latéral gauche (hystérométrie n'a pas été pratiquée).

Suites opératoires. — Normales. La malade sort le 28 octobre. Guérie.

OBSERVATION XXIV

Méto-salpingo-ovarite. — Hystérectomie abdominale subtotale.

Jeanne M..., 25 ans, entre le 18 octobre 1908 dans le service du professeur de Rouville pour pertes blanches et douleurs abdominales.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans. Règles irrégulières au début. Forte anémie à 17 ans. Aménorrhée de 6 mois, puis règles régulières. La malade perd pendant 3 jours avec caillots et douleurs modérées. Mariée à 23 ans. Accouchement 2 ans après, suivi de règles abondantes. Fièvre typhoïde en mars 1908.

Examen. — Douleurs abdominales du type annexiel. Insomnies, vertiges. Palpation: ventre très souple, douleurs au niveau des fosses iliaques surtout à droite — et au niveau du point de Mac Burney. — Toucher: vulve, vagin, périnée normaux, col gros, déchirures bilatérales, œufs de Naboth. L'orifice du col regarde un peu en

arrière. Cul-de-sac postérieur vide non douloureux ; cul-de-sac droit : on perçoit la trompe qui roule sous le doigt ; douleur. Cul-de-sac gauche : annexes plus volumineuses, mais moins douloureuses. Cul-de-sac antérieur : on sent le corps assez douloureux à la mobilisation, en antéflexion. Valves : col gros, saignant, congestionné. Leucorrhée du type cervical. Ulcérations sur la lèvre postérieure. Hystérométrie : 9 cm. 1/2.

Crises très douloureuses de pelvi-péritonite. Vomissements. Tympanisme. Hyperesthésie de la paroi surtout marquée à droite. La première crise a commencé le 25 octobre et a duré 4 jours. Deuxième crise le 7 novembre. Le 11, les crises ont disparu. Température très élevée : 40°. On purge la malade. Brusque descente de la température. Le 13, reprise de la température, nouvelle purgation.

On pratique un nouveau toucher vaginal. A travers le Douglas et remontant assez haut, on sent des masses salpingiennes surtout du côté gauche. L'utérus est assez facilement mobilisable. A droite, la trompe ne roule plus sous le doigt. Expectative ; glace sur le ventre. Piqûres de cacodylate de soude. L'état de la malade empirant, on pratique le 22 novembre une colpotomie postérieure. Pas de pus, mais des adhérences très nombreuses. Large drainage. La température, à 39° le soir, oscille ensuite aux environs de 36°5.

Opération (le 5 janvier 1909). — Hystérectomie subtotale. Adhérences nombreuses entre les annexes gauches et l'intestin. Adhérences détachées facilement à la main. Ablation de la trompe et de l'ovaire gauche. A droite quelques adhérences ; annexes enlevées en même temps que l'utérus. Péritonisation avec le rectum sur la ligne médiane.

Examen des pièces. — Annexes gauches avec kyste

à loges multiples du volume d'une orange ; salpingite parenchymateuse. Du côté droit, ovarite scléro-kystique et salpingite.

Utérus peu augmenté de volume, à parois friables ; muqueuse fongueuse.

Suites opératoires. — Le 14 janvier, ablation des fils. La malade sort guérie le 31 janvier.

OBSERVATION XXV

Méto-salpingo-ovarite. — Hystérectomie abdominale subtotale.
Guérison.

Mme M..., 28 ans, entre le 3 décembre 1908 dans le service du professeur de Rouville, pour douleurs abdominales.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans ; pertes régulières, peu abondantes, sans caillots, durant 3 jours avec avance de 2 à 3 jours. Dysménorrhée légère, pertes blanches continuelles, très abondantes. Mariée à 20 ans. Premier accouchement (15 mois après), facile, suivi de fièvre et précédé de vomissements. La malade reste alitée un mois. 15 mois après deuxième accouchement normal. Trois autres accouchements normaux. Il y a un an, douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs se sont accrues depuis le 3 novembre dernier. Prédominance dans l'hypocondre gauche.

Examen. — Ventre normal, vergetures, douleurs à la palpation forte dans les régions annexielles surtout à

gauche. A la percussion : matité dans la région sous-ombilicale. Sonorité normale dans la région abdominale médiane. Submatité dans la fosse iliaque droite due sans doute à des matières fécales. Au toucher : pertes blanches abondantes, périnée solide sans déchirure, col déchiré, œufs de Naboth assez nombreux, utérus en antéversion remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Cul-de-sac postérieur : masse douloureuse qui vient de la chute des annexes volumineuses tombées dans le Douglas. Cul-de-sac gauche : masses annexielles en place. Cul-de-sac droit : masses annexielles prolabées dans le Douglas et refoulant l'utérus en avant.

Opération (le 10 décembre). — Laparotomie. L'utérus apparaît globuleux, moyen, à sa place normale. Le fond est fixé dans la cavité pelvienne et ne peut remonter. En effet, les annexes sont invisibles et plongent dans le Douglas. Libération du Douglas. Décollement de bas en haut, de dedans en dehors, des annexes droites. Nombreuses adhérences. Pincés sur les ligaments infundibulo-pelvien et rond droits. La libération des annexes gauches est très pénible à cause des adhérences de ces annexes au fond du Douglas. Pendant cette libération, les doigts ouvrent un abcès péritubaire situé au fond du Douglas. On arrive à libérer ces annexes. Pincés sur les ligaments gauches. Décollement de la vessie. On aperçoit alors l'utérine gauche que l'on pince et que l'on coupe ; de même pour la droite. Section des ligaments larges au-dessous des pincés des deux côtés. Section transversale du col au-dessus des culs-de-sac vaginaux. Cautérisation au thermocautère du moignon cervical, suture, surjet au catgut de ce moignon. Péritonisation à droite par réunion du feuillet des ligaments larges. Péritonisation vé-

sico-rectale. Ligature. On reconstitue le ligament large gauche. Fermeture de la paroi sans drainage.

Examen des pièces. — L'utérus est de moyen volume, très dur ; à la coupe, sur sa face antérieure, ses parois apparaissent très épaisses, doublées de volume. La muqueuse utérine apparaît épaissie, fongueuse et recouverte d'une couche purulente. Les annexes gauches très vascularisées sont légèrement augmentées de volume dans leur partie externe. L'ovaire est doublé de volume, scléro-kystique et renferme un kyste hématique du volume d'une grosse noisette, de très nombreux corps jaunes et un autre kyste petit comme un pois. A noter, à droite, une adhérence péritonéale réunissant la trompe au fond de l'utérus. A gauche, la trompe et l'ovaire ne forment qu'une masse du volume d'un gros œuf enveloppé par des adhérences. On arrive difficilement à distinguer l'ovaire de la trompe. Cependant on trouve la trompe du volume d'un index sur la partie postérieure de l'ovaire qu'elle enlace dans sa concavité antérieure. On fend la trompe. Elle est fongueuse. La muqueuse est épaissie jusqu'à sa moitié interne, intimement adhérente à l'ovaire. Elle renferme un liquide brunâtre. L'ovaire est gros comme une prune, scléro-kystique et renferme un kyste hématique, un corps jaune gros comme un gros pois et un kyste hématique folliculaire du volume d'une amande.

Suites opératoires. — Excellentes. La malade sort guérie le 14 janvier.

OBSERVATION XXVI

Métrite cervicale. — Salpingo-ovarite double. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison.

Eugénie F..., 25 ans, entre le 19 janvier 1909 dans le service du professeur de Rouville pour douleurs au bas-ventre et incontinence d'urine.

Examen. — Ventre douloureux à la pression surtout dans les deux fosses iliaques. Contracture de défense. Toucher : le col regarde en arrière et à gauche. Le fond utérin est en avant et à droite. Les culs-de-sac latéraux sont douloureux. Dans le cul-de-sac droit, petite masse du volume d'une noix. Examen aux valves : ulcération autour de l'orifice du col. Glaires visqueuses. Col un peu volumineux.

Opération (le 10 février 1909). — Paroi très vasculaire. Liquide jaune louche dans les culs-de-sac du bassin. Nombreuses adhérences au niveau des annexes surtout du côté gauche où elles fixent les annexes appliquées sur la face postérieure de l'utérus. Hystérectomie subtotale. Surjet de péritonisation. Pas de drain.

Examen des pièces. — Utérus de volume à peu près normal. Trompe augmentée de consistance et de volume, flexueuse, coudée. Extrémité abdominale perméable ; dans la portion extra-utérine de la trompe droite petit noyau fibromateux. Ovaires augmentés de volume. Leur surface

est couverte d'adhérences, surtout à gauche. Ils sont bourrés de kystes séreux et hématiques.

Suites opératoires. — Bonnes.

Alors que l'état général restait bon, que le ventre demeurait souple et la température peu élevée, le poulx a présenté les 3 premiers jours une grande accélération au-dessus de 140. Parfois même il a été incomptable, puis le nombre de pulsations est redevenu normal.

19 février 1909. — Ablation des fils.

Le 7 mars. — Sort guérie.

OBSERVATION XXVII

Salpingite bilatérale. — Ovarite scléro-kystique droite. — Kyste de l'ovaire gauche. — Hystérectomie abdominale subtotal. — Guérison.

A. B..., 33 ans, entre dans la clinique du professeur de Rouville le 20 février 1909 pour pertes rouges abondantes.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé; un frère en bonne santé. La sœur aînée, 35 ans, mariée, a eu un accouchement prématuré de 6 mois 1/2, et deux enfants à terme. Depuis deux ans environ elle a des hémorragies et a subi un curettage; mais elle a encore des ménorragies et des métrorragies.

Antécédents personnels. — *Histoire de la maladie.* — Fièvre typhoïde à 10 ans. Depuis l'âge de 23 ans, crises de larmes, sensation de boule remontant des fosses ilia-

ques à la gorge; vomissements alimentaires. Pas de véritables crises hystériformes. Régliée à 17 ans régulièrement. Après la première menstruation, aménorrhée pendant un an. Depuis les règles avancent toujours de 5 à 6 jours, sont abondantes, avec caillots. La malade se plaint constamment des reins depuis l'âge de dix ans; ces douleurs ne sont pas plus marquées au moment des règles. Mariée à 20 ans; pas d'enfant; une fausse couche de 2 mois à 24 ans. Pertes blanches depuis le mariage.

Depuis un an et demi, les règles toujours en avance sont très abondantes, avec beaucoup plus de caillots, et durent 5 à 6 jours. Mais dans les périodes intermenstruelles une métrorragie persiste, sans arrêt, peu abondante, exagérée par le travail. Un peu d'anémie, mais bon état général. Douleur au niveau des côtes et du thorax au moment des règles. Dyspnée d'effort.

Examen. — Paroi abdominale solide. Au toucher on sent le col regardant en arrière; la lèvre antérieure est hypertrophiée et lisse. Le doigt parcourant la face antérieure de l'utérus rencontre à deux travers de doigt environ au-dessus de l'extrémité du col une tumeur qui paraît faire corps avec l'utérus sans en être le fond.

Cette tumeur semble implantée dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'organe. Le fond de l'utérus n'est pas perceptible. Les culs-de-sac sont libres. La lèvre antérieure du col est rouge.

Hystérométrie: 8 cm. 1/2.

Le 6 mai 1909, dilatation avec laminaires.

Opération. — Le 16 mars, sous anesthésie au chloroforme, on fait une laparotomie médiane. La malade, qui avait bu du lait le matin, est prise de vomissements répétés; d'où la longueur de l'anesthésie et la difficulté de l'opération. Adhérences au niveau du cul-de-

sac vésico-utérin et du côté des annexes. A droite, trompe oblitérée, ovaire scléreux. A gauche, kyste de l'ovaire du volume d'une mandarine et trompe enflammée. L'hystérectomie subtotale est pratiquée. Péritonisation difficile. Double surjet de la paroi. Pas de drainage.

Examen des pièces. — Utérus un peu augmenté de volume ; parois épaissies et scléreuses ; muqueuse fongueuse.

Annexes droites : Trompe bosselée, sinueuse, hypertrophiée ; ostium abdominale complètement oblitéré. Ovaire scléro-kystique.

Annexes gauches : Mêmes lésions de la trompe. Ovaire scléreux avec volumineux kyste folliculaire.

Suites opératoires. — Bonnes.

La malade fait jusqu'au 19 mars de la rétention d'urine. Le 25 mars on enlève les fils ; abcès de la paroi qui explique la fièvre (38°9) présentée par l'opérée.

Le 16 avril, douleurs très marquées sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, au niveau de la partie supérieure de la suture, et dans la fosse iliaque droite. La marche ne peut se faire que le tronc fléchi. Dans le lit, les douleurs sont plus marquées ; la malade ne peut étendre complètement ses jambes. Pas de troubles digestifs.

Le 22 avril, sort guérie.

OBSERVATION XXVIII

Méto-salpingo-ovarité. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison.

Marie M..., 32 ans, couturière, entre le 23 avril 1909

dans le service du professeur de Rouville pour douleurs au côté gauche du ventre et perles rouges.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 52 ans d'un cancer de l'estomac. Mère atteinte de bronchite chronique et d'asthme. Un frère bacillaire, un frère et une sœur en bonne santé, deux frères morts en bas âge.

Antécédents personnels. — *Histoire de la maladie.* — Réglée à 15 ans. Règles régulières, assez abondantes, avec une avance de 1 à 2 jours, durant 4 à 5 jours, avec des caillots; plus abondantes le premier jour. Douleurs abdominales légères et céphalée durant les 2 jours qui précèdent les règles. Pertes blanches. Coliques fréquentes au niveau du bas-ventre. Anémie à 18 ans. Mariée à 21 ans. Pas d'enfant ni de fausse couche; jamais de retard menstruel. Les règles avancent de 7 à 8 jours, sont irrégulières, souvent entrecoupées d'arrêt du flux sanguin; précédées parfois encore de douleurs. Il y a 8 ans, la malade est entrée à la Maternité pour douleurs de ventre et pertes blanches abondantes. Pansements utérins et colpotomie donnant issue à du pus fétide. La malade est sortie guérie au bout de trois mois. En mars 1908, pertes blanches teintées de rouge pendant un mois dans le courant d'une période intermenstruelle; cet accident s'est renouvelé il y a un mois. Actuellement, les pertes sont irrégulières, en avance d'une semaine; interruption puis reprise de l'écoulement. Quelques petits caillots. Pertes blanches. Cuisson légère à la fin de la miction. La malade se lève deux fois par nuit pour uriner; les urines sont troubles depuis quelques mois. Depuis la colpotomie, douleurs siégeant au côté gauche du ventre au moment des époques; ces douleurs ont augmenté depuis 5 ou 6 mois. Elles apparaissent avec la marche, la fatigue, disparaissent.

sent avec le repos. Irradiations dans les reins et la cuisse gauche. Parfois, ballonnement du ventre. Nausées fréquentes le soir et le matin. Digestion difficile; pas de constipation. Dyspnée d'effort. Chévilles enflées le soir. Œdème de la face et des mains plusieurs jours par mois. Toux légère: quelques crachats le matin au réveil. Douleur interscapulaire après les travaux de couture. Amaigrissement de 5 kilogr. depuis 3 ans. Sciatique bilatérale.

Examen. — Douleur au niveau du côlon iléo-pelvien. Pas de douleur à la pression dans les fosses iliaques ni au-dessus du pubis. Au toucher, le col regarde en avant. L'utérus est en antéflexion.

Dans le cul-de-sac droit on sent une tumeur arrondie du volume d'une mandarine, indolore à la pression, mobilisable. A gauche le cul-de-sac est douloureux.

Opération (le 7 mai 1909). — Sous l'anesthésie au chloroforme (40 gr.), on pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. Libération facile des annexes du côté gauche. A droite, la libération est beaucoup plus laborieuse, car la trompe, considérablement allongée, descend verticalement le long de la face postérieure de l'utérus. Hystérectomie subtotale. Cautérisation du moignon. Surjet de péritonisation. Fermeture de la paroi par 2 surjets et crins. Pas de drain.

Examen des pièces. — Utérus petit. Annexes gauches: trompe légèrement augmentée de volume avec petit hématosalpinx; l'ovaire présente un kyste hématique folliculaire du volume d'une noix, et plusieurs autres plus petits. Annexes droites: trompe très longue, irrégulière, bosselée, avec un hématosalpinx; une grande partie de l'ovaire a été laissée au moment de l'opération, l'incision

du ligament large l'ayant rencontré, à cause des nombreuses adhérences.

Suites opératoires. — Normales. Légère température.

Le 14 mai 1909, ablation des fils inférieurs. Suppuration le long de la cicatrice, au-dessous de la peau.

OBSERVATION XXIX

Méto-salpingo-ovarite. — Hystérectomie abdominale subtotale.
Guérison.

R... Jeanne, née P..., 38 ans, entre le 13 mai 1909 à la villa Fournier, service du professeur de Rouville, pour douleur au bas-ventre.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère morte à 62 ans, d'une maladie de cœur post-rhumatismale. Une sœur en bonne santé ; elle a eu une fausse couche.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure. Bonne santé habituelle. Réglée à 12 ans ; règles régulières, abondantes, durant 3 jours, sans douleurs. Pertes blanches à 18 ans. Mariée à 29 ans. Un enfant né à 8 mois 1/2, accouchement normal, rapide. Levée le 9^e jour, elle eut 6 jours après une hémorragie abondante suivie d'ictère léger (cet accouchement eut lieu un an après le mariage). Il y a 5 ans, curettage à Lyon (service du professeur Pollosson). Depuis 2 ans, les règles durent 8 jours, très abondantes, avec glaires ; pertes blanches

abondantes. Amélioration durant 2 mois ; la sensation de poids persistait tout de même.

Etat actuel. — Depuis cette époque, pertes durant 8 jours, retardant de 2 à 3 jours ; depuis 3 à 4 mois, douleurs dans le ventre et les flancs pendant les périodes intermenstruelles. Pertes blanches. Sensation de poids au niveau du périnée, accentuée par la marche et la fatigue. Bon état général. Constipation.

Examen. — Douleur à la pression, au niveau de l'hypogastre. Au toucher, on trouve un col gros, avec déchirures multiples en partie cicatrisées. Le fond de l'utérus remonte à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse. L'utérus est très douloureux à la pression et à la mobilisation. Sur la face postérieure du col, on sent une petite tumeur comme une amande, aplatie, mobile sur le col. Les culs-de-sac latéraux sont libres et non douloureux.

Aux valves : Col gros, induré, orifice externe béant.

L'utérus s'abaisse facilement, mais ce déplacement est douloureux. Grosses hémorroïdes.

Opération (18 mai 1909). — Anesthésie à l'éther (300 grammes). Laparotomie médiane sous-ombilicale. Paroi très vasculaire. Hystérectomie subtotale : incision en V du col ; cautérisation du moignon. Surjet de péritonisation. Fermeture ordinaire de la paroi. Pas de drainage.

Examen des pièces. — Utérus très augmenté de volume. Muqueuse fongueuse. Annexes gauches et droites : trompes à peu près normales. Ovario-sclérose kystique, contenant de petits kystes hématiques dont un s'est rompu durant l'opération (ovaire gauche).

Suites opératoires. — Choc opératoire. Réveil vers 3 heures du soir, après injection de 500 grammes de sérum ; caféine et huile camphrée. Brûlure de la main gau-

che. Le 2^e jour, le soir 37°5, pas de vomissements. La malade urine spontanément.

Le 21 mai, purgatif : eau de Sedlitz par petits verres. Le 4^e jour, la fièvre persistant un peu, on fait un toucher vaginal qui ne donne rien. On enlève les fils de la paroi, sans trouver de suppuration.

Le 27 mai 1909. — Ablation des fils. Réunion par première intention.

Le 14 juin 1909. — Sort guérie.

OBSERVATION XXX

Métrite. — Salpingo-ovarite double. — Hystérectomie abdominale subtotale. Guérison.

Louise R... entre dans le service du professeur de Rouville, le 26 juin 1909, pour douleurs abdominales et pertes blanches.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Variole dans la première enfance. Pas d'autre maladie grave. Réglée à 14 ans régulièrement. Règles indolores et normales. Mariée à 17 ans. Vers cette époque apparaissent des pertes blanches. Les règles, toujours régulières, deviennent douloureuses et de plus en plus abondantes. Depuis un an, la malade souffre continuellement du ventre, avec exacerbation de la douleur pendant les périodes menstruelles. Ces douleurs s'accompagnent de ballonnement du ventre, de constipation et parfois de vomisse-

ments. La malade est souvent obligée de garder le lit. Les règles, très abondantes, avec caillots, durent 7 à 8 jours.

Examen. — Le toucher révèle un col légèrement érodé, granuleux, un peu gros. Les culs-de-sac latéraux et postérieur sont occupés par de grosses masses douloureuses à la pression, très peu mobilisables, et paraissant très adhérentes à l'utérus. Les annexes gauches sont plus volumineuses que les droites. Le diagnostic de métrosalpingo-ovarite est posé et une intervention décidée.

Opération. — Elle a eu lieu le 17 juillet 1909 sous l'anesthésie au chloroforme. Après une laparotomie médiane, on tombe sur un petit bassin occupé par de grosses masses annexielles ayant refoulé l'utérus à droite, si bien que tout d'abord on ne trouve pas le corps de cet organe et qu'on place une pince sur une masse arrondie et dure qu'on avait prise pour l'utérus et qui était un abcès ovarien. L'erreur est vite reconnue. Les annexes droites très adhérentes sont libérées. A gauche, l'adhérence est telle que l'on pratique pour l'hystérectomie le procédé américain. Hystérectomie subtotal. Il y avait de plus à droite un petit foyer de pelvi-péritonite enkystée. On fait une péritonisation minutieuse. Légère hémorragie en nappe. Drainage par deux mèches et deux drains.

Suites opératoires. — Normales.)

18 juillet. — La malade a beaucoup vomi. Aussi, à 9 h. du soir, lui fait-on un lavage d'estomac qui la soulage beaucoup. Pas de température.

20 juillet. — Etat satisfaisant. On panse la malade qui a beaucoup saigné. Les mèches sont enlevées.

23 juillet. — Excellent état. Pas de douleur. Enlèvement des fils et d'un drain.

La malade sort guérie.

OBSERVATION XXXI

Kyste de l'ovaire. — Kyste du ligament large. — Hystérectomie abdominale subtotala. — Guérison.

M. E..., 31 ans, opérée le 29 décembre 1907 d'ovariotomie, revient le 18 octobre 1909 dans le service du professeur de Rouville parce qu'elle continue à souffrir du bas-ventre, surtout à droite.

Première opération. — Le 29 décembre 1907, laparotomie, la malade étant en Trendelenburg et un matelas de compresses isolant l'intestin. L'utérus ne se voit pas. Il faut aller le chercher dans la concavité sacrée pour le ramener en avant. Après l'avoir pincé avec une pince à utérus on examine les annexes. Celles du côté droit sont saines quant à la trompe, mais l'ovaire est doublé de volume, scléro-kystique. Il y a un kyste folliculaire saillant de la grosseur d'un petit pois. Ça et là d'autres petits kystes. L'ovaire est enlevé. Les annexes gauches sont saines. Il y a deux petits kystes transparents entre la trompe et l'ovaire ; on les brûle au thermocautère ainsi que le pédicule ovarien du côté droit. Puis on fait trois points de suture au catgut. Fermeture du ventre sans drainage.

Suites opératoires. — Parfaites. Aucun incident. Réunion parfaite lors de l'ablation des fils au dixième jour.

Le 18 octobre 1909, la malade revient parce qu'elle continue à souffrir, surtout à droite. Les règles étaient

réapparues régulières et indolores. Léger amaigrissement.

Examen. — Utérus gros, débordant la symphyse de trois travers de doigt. On sent dans le cul-de-sac latéral gauche une petite tumeur du volume d'une noix, lisse et assez mobile. Le cul-de-sac droit est libre (c'est l'ovaire droit qui a été extirpé).

Deuxième opération. — Le 30 octobre 1909, la laparotomie médiane est pratiquée. On extirpe l'ancienne cicatrice dont se plaignait la malade. L'utérus est gros, avec adhérences assez marquées. Pendant qu'on veut faire saillir les annexes gauches, un corps jaune gros comme une noisette s'énuclée de l'ovaire. Celui-ci est kystique. Il y a dans le ligament large un kyste assez volumineux. Hystérectomie subtotale. Drainage.

Suites opératoires. — Excellentes.

10 novembre. — Absès de la paroi dû probablement à une suppuration provoquée par le catgut. On ouvre la cicatrice et on lave à l'eau oxygénée.

La malade sort guérie.

OBSERVATION XXXII

Kyste de l'ovaire gauche. — Hystérectomie abdominale subtotale.
Guérison.

Fortunée C..., 31 ans, entre le 6 décembre 1909 dans le service du professeur de Rouville, pour douleurs abdominales et éventration.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. —

Réglée à 14 ans, sans douleurs ; les règles durent 7 à 8 jours, peu abondantes. Mariée à 20 ans. 1^{er} accouchement un an après : accouchement compliqué ; hémorragie *post partum* ; fièvre, frissons, lochies fétides. 2^e accouchement : mauvaise grossesse ; la malade perd les eaux 2 jours avant l'accouchement ; pas d'hémorragie, douleurs abdominales ; frissons, fièvre pendant 20 jours ; règles deviennent abondantes, contiennent des caillots ; douleurs après période menstruelle, pertes blanches. 3^e accouchement : grossesse douloureuse, vomissements ; accouchement difficile, fièvre de lait, 15 jours de lit ; les règles reprennent les mêmes caractères. 4^e accouchement, au bout de 3 ans : grossesse très mauvaise ; vomissements, douleurs violentes ; accouchement pénible ; rupture de la poche des eaux 48 heures avant le début de l'accouchement, extraction manuelle, fièvre ; lochies très fétides, 20 jours de lit ; les règles sont revenues 4 mois après, pas trop abondantes, durant 4 jours ; douleurs avant les règles.

La malade reste ainsi 3 ans sans se soigner. Il y a 2 ans la malade vient se faire opérer dans le service (septembre 1907) ; on lui enlève un kyste du côté gauche ; après l'opération aucune amélioration ; douleurs abdominales toujours très violentes ; règles ayant les mêmes caractères ; la malade reste à peu près bien jusqu'en septembre 1909 ; un jour très brusquement douleurs très vives à l'hypogastre irradiées vers le rectum ; ventre très douloureux, frissons, vomissements.

La malade s'aperçoit alors d'une tuméfaction dans la paroi abdominale et son médecin lui dit qu'elle a une éventration.

Examen. — Éventration manifeste. Paroi abdominale

d'ailleurs très faible au palper. Au toucher vaginal rien de saillant, douleurs vives dans le cul-de-sac gauche.

Intervention (le 1^{er} décembre 1909). — Laparotomie médiane sous-ombilicale, ouverture prudente du péritoine. Pas d'adhérences de l'intestin à la paroi, mais il existe de nombreuses adhérences dans le petit bassin ; on les décolle avec soin ; l'utérus paraît flanqué à gauche d'un kyste du volume d'un gros œuf de poule développé au dépens de l'ovaire gauche. Pour l'enlever on emploie le procédé américain en débutant à droite ; les adhérences très marquées de la trompe et de l'ovaire droit qui est aussi scléreux rendent le 1^{er} temps difficile ; on fait l'hystérectomie subtotale et on enlève le kyste, on fait l'hémostase, puis on péritonise ; drainage ; suture par plans étagés de la paroi ; agrafes sur la peau.

Examen des pièces. — Utérus gros, congestionné, enflammé ; le kyste contenait du pus à odeur fécaloïde ; à sa surface on voyait d'autres kystes.

Suites opératoires. — Pas de vomissements ; apyrexie ; le 14 décembre on enlève le drain ; la malade sort guérie dans les premiers jours de février.

OBSERVATION XXXIII

Métrite. — Salpingo-ovarite scléro-kystique. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison.

Marie P..., née B..., 42 ans, entre le 6 janvier 1910, dans le service du professeur de Rouville pour douleurs abdominales dont elle souffre surtout depuis 2 mois.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Réglée à 12 ans 1/2 régulièrement. Règles abondantes les deux premiers jours ; douloureuses, sans caillots ; pas de pertes blanches. Mariée à 16 ans ; grossesse immédiate ; accouchement à terme ; allaitement qui dure 16 mois. Trois ans après, fausse couche de 2 mois, sans douleur, avec hémorragie et caillots pendant 8 jours. A 25 ans, fièvre typhoïde ; 31 jours de lit. A 29 ans, nouvelle grossesse normale et accouchement à terme d'un enfant bien portant ; allaitement pendant 14 mois, cessation des règles pendant 9 mois. La malade dit avoir eu à ce moment un abcès froid (?) de l'aisselle qui lui a fait interrompre l'allaitement et a duré un an. Les règles ont toujours été très douloureuses. Depuis 2 mois la malade souffre continuellement du ventre ; les dernières règles ont été très abondantes avec douleurs violentes. Plusieurs fois par jour, pertes blanches glaireuses s'accompagnant de coliques très douloureuses. Pas de constipation ; polyurie. La malade accuse une sensation de lassitude entre les épaules. Apophyses vertébrales douloureuses.

Examen. — Paroi abdominale flasque ; nombreuses vergetures. Au toucher le col apparaît de volume moyen, et dirigé dans l'axe du vagin ; il est déchiré et présente de nombreuses cicatrices. Le corps est en place mais douloureux. Il remonte à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. De chaque côté on sent les ovaires petits, scléro-kystiques, mobiles et douloureux.

Opération. — Le 15 janvier, laparotomie sous l'anesthésie à l'éther. Les anses intestinales sont adhérentes dans le petit bassin. Elles sont attachées à l'utérus, à la vessie, aux annexes par des adhérences ligamenteuses. On libère l'utérus retenu au niveau de sa face postérieure par des adhérences nombreuses. On ramène les annexes

gauches. Le ligament large est incisé au-dessus des annexes entre 2 pinces de Kocher. Les annexes droites très adhérentes sont libérées avec peine ; un kyste hématique de l'ovaire se rompt sur la compresse pendant cette manœuvre. Libération de la vessie et incision du péritoine antérieur. Section des ligaments larges sur les côtés de l'utérus: On pince l'utérine droite et on fait au bistouri une section transversale du col. Hystérectomie subtotale. L'utérine gauche est pincée à son tour et la masse extraite. Cautérisation immédiate du moignon cervical. Surjet sur le col. Ligature des utérines, des utéro-ovariennes et des ligaments ronds. Surjet de péritonisation de droite à gauche. Sur le moignon on n'a plus de péritoine et on se contente de faire un deuxième surjet sur le moignon cervical. Drain dans le Douglas. Suture à trois plans. Agrafes.

Examen des pièces. — Annexes gauches : Ovaire petit, très scléreux, présentant quelques rares kystes folliculaires et un petit kyste hématique (corps jaune des dernières menstrues, 28 décembre). La trompe est augmentée de volume, très vasculaire, recouverte de fausses membranes, perméable. Les franges du pavillon sont épaissies et congestionnées.

Annexes droites : Ovaire doublé de volume ; sa moitié interne est scléreuse. Sur sa partie externe on voit deux kystes hématiques du volume d'une petite noix. Trompe semblable à la gauche. Il existe un petit kyste sous-péritonéal sus-tubaire à 2 cm. en dedans du pavillon.

Les parois de l'utérus sont épaissies et très scléreuses, La muqueuse est fongueuse.

Suites opératoires. — Excellentes. Le 12 février, la malade sort de l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION XXXIV

Salpingo-ovarite. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison.

Mme Vve C., née M..., 41 ans, entre le 6 janvier 1910 dans le service du professeur de Rouville pour pertes blanches et tumeur du sein.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Réglée à 17 ans régulièrement. Les règles durent 4 jours, sont peu abondantes, mais parfois douloureuses, sans caillots. Pas de pertes blanches. Mariée à 19 ans. 3 ans après, grossesse et accouchement à terme d'un enfant vivant. 12 jours après elle aurait eu un écoulement purulent qui aurait duré 15 jours environ (abcès du vagin?). 11 mois après, retard de règles de 15 jours. Les règles sont revenues abondantes, avec de gros caillots. 21 mois après, grossesse et accouchement à terme d'un enfant vivant. Depuis 2 ans, les règles très peu abondantes durent 6 à 8 jours. Au mois de juin et de juillet les règles ont manqué sans cause apparente; depuis cette date elles sont encore plus pâles. Les pertes blanches sont continues, très épaisses, jaunâtres; elles empèsent le linge et exhalent une odeur forte. A partir de février 1909, la malade est restée au lit 65 jours pour salpingo-ovarite à début brusque et sans causes nettes; elle a refusé l'intervention. Depuis elle ne ressent plus de douleurs. A la partie supéro-externe du sein gauche se trouve un relief

assez marqué du volume d'une mandarine. La tumeur est irrégulière, bosselée, mobile, superficielle. Elle n'est pas adhérente et est mobilisable pendant la contraction du pectoral. Le 13 janvier, intervention : la tumeur ne s'énucleant pas on enlève largement avec elle toute la moitié supérieure du sein.

Examen. — La paroi abdominale est flasque avec une très légère tuméfaction à gauche. Au toucher on sent un col petit et mobile, très dur, criant sous l'ongle, déchiré et irrégulier. Les culs-de-sac sont libres sauf à gauche où on sent une petite masse dure et douloureuse.

Opération. — Le 29 janvier, laparotomie. On trouve les annexes très adhérentes dans le Douglas. Une anse intestinale est un peu dépéritonisée et saigne légèrement, ce qui nécessite le drainage abdominal à la gaze.

Suites opératoires. — Le trajet du drain abdominal se fistulise. Il reste peut-être un morceau de mèche, car on a drainé également avec 4 mèches de gaze qui ont été retirées 48 heures après. Le drain est retiré 4 jours après l'intervention. On dilate aux laminaires le moignon du col ainsi que le trajet du drain.

Le jeudi 10 mars on fait sous anesthésie la dilatation à l'index et l'exploration du trajet. On ne sent rien. Le doigt vaginal introduit dans le col sent l'index abdominal à travers l'épaisseur de la lèvre antérieure du col.

A la suite de cette intervention le drainage se fait par le col et la fistule abdominale donne beaucoup moins.

Le 19 mars, la malade sort complètement guérie.

OBSERVATION XXXV

Salpingo-ovarite. — Hystérectomie subtotale. — Guérison.

Mme B..., née M..., 33 ans, entre le 14 février 1910 dans le service du professeur de Rouville pour douleurs abdominales vives et continues. La malade a été précédemment laparotomisée et a subi une hystéropexie (courant 1909):

Examen. — La palpation provoque une douleur très marquée à droite et qu'on retrouve à gauche, moins intense. On sent dans la fosse iliaque droite une masse annexielle douloureuse. Au toucher on sent un utérus gros, fixé en avant (par l'hystéropexie ancienne). Il est douloureux et on le délimite facilement. Il remonte à 2 travers de doigt au-dessus du pubis. Les annexes droites peuvent être facilement délimitées.

Opération. — Le 22 février il est procédé à une seconde laparotomie, sous l'anesthésie à l'éther. Quelques efforts de vomissements surviennent vers le milieu de l'intervention. Le ventre ouvert, on détruit facilement quelques adhérences épiploïques. L'utérus apparaît, élevé, globuleux, légèrement dévié à droite. On met l'écarteur double et la valve pubienne qui gêne en repoussant l'utérus adhérent à la paroi. On trouve de très fortes adhérences constituées par les ligaments ronds et on doit avoir recours aux ciseaux pour les couper. Une pince est placée sur les

ligaments ronds qu'on lie après section. Les annexes droites occupent leur place, retenues par quelques adhérences que les doigts détruisent facilement. On les attire au dehors et on pratique une hystérectomie subtotale de droite à gauche. A gauche on trouve des adhérences épiploïques qui sont liées. Fermeture en trois plans, sans drainage. Agrafes.

Examen des pièces. — L'utérus a le volume d'une grosse mandarine. Sa surface saignante porte la trace des adhérences détruites. La cavité est de 7 centimètres. Les parois sont hypertrophiées, scléreuses et crient sous le scapel. La muqueuse est très fongueuse. A droite l'ovaire se compose de deux parties nettement distinctes. Le pôle interne est constitué par un gros kyste hématique d'un corps jaune du volume d'une petite noix qui s'énuclée facilement ; le reste de l'ovaire est scléro-kystique à prédominance scléreuse. L'ovaire porte la trace d'adhérences péritonéales. La trompe est normale, mais friable. Elle s'est rompue au milieu dans le courant de l'intervention et on en retrouve sur la pièce les deux morceaux ; elle est congestionnée, ardoisée et perméable.

Suites opératoires. — Excellentes. Quelques vomissements durant la nuit qui a suivi l'opération. La malade sort guérie.

OBSERVATION XXXVI

Annexite suppurée. — Hystérectomie abdominale subtotal. — Guérison.

Mme V..., née P..., 38 ans, entre le 25 février 1910 dans le service du professeur de Rouville (Villa Fournier) pour métrorragies graves.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Réglée à 12 ans ; l'apparition des règles a été marquée par une hémorragie très grave. Les règles très abondantes durent 5 à 6 jours avec caillots, mais ne s'accompagnent ni de douleurs ni de pertes blanches ; elles surviennent régulièrement. Deux grossesses normales, avec accouchement normal et suites bonnes. Il y a deux ans, rhumatisme polyarticulaire aigu. La malade a une insuffisance mitrale. Depuis deux mois, elle a gardé le lit à la suite d'hémorragies abondantes survenues à trois reprises : le 25 décembre, le 8 janvier, le 11 février. Depuis huit ans elle s'est aperçue que son ventre augmentait de volume.

Examen. — Paroi flasque, lâche. On sent à la palpation une tumeur arrivant à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic, à droite de la ligne médiane. Au toucher, le col est très gros, déchiré ; la lèvre postérieure est très grosse. Col en arrière et à gauche ; culs-de-sac libres. Utérus mobile.

Opération. — Le 5 mars 1910, laparotomie. L'épiploon

adhère entièrement au péritoine et on le dilacère avec l'index; des pinces sont placées sur les points épiploïques qui saignent. Le petit bassin est rempli par une masse de fausses membranes péritonéales empêchant de distinguer les organes les uns des autres. On cherche l'utérus sans le trouver. On se porte alors à droite et, après avoir trouvé un plan de clivage, on décolle le péritoine très épaissi. On ouvre alors une poche (trompe droite) remplie de pus qui s'épanche sur l'épais matelas de compresses qui recouvre les intestins, dont de nombreuses anses très adhérentes à la cavité pelvienne doivent être détachées très prudemment à l'aide du doigt recouvert d'une compresse. On essaie, sans y parvenir, d'isoler la trompe et l'ovaire droits. On se porte alors à gauche et on croit distinguer la trompe gauche, très épaisse et très adhérente. On la saisit avec une pince de Kocher, et on l'élève autant qu'on peut, tandis que l'index droit passant au-dessous et en dehors d'elle se creuse un passage. On arrive ainsi à isoler le ligament infundibulopelvien gauche très épaissi et on le sectionne entre deux pinces de Kocher. Ceci fait, la main droite isole de dehors en dedans les annexes gauches, et c'est alors seulement qu'on aperçoit l'utérus immobilisé par les adhérences. On taille sur sa face antérieure un lambeau péritonéal et avec une compresse on isole ce que l'on pense devoir être la vessie. Celle-ci, en effet, n'est pas visible, recouverte par une épaisse couche péritonéale. On coupe ensuite aux ciseaux le col utérin au-dessus du vagin, de droite à gauche. L'utérine droite, puis l'utérine gauche sont pincées et on enlève l'utérus après avoir vainement essayé d'enucléer en même temps que lui la masse annexielle gauche; on enlève alors cette masse de dedans en dehors et de bas en haut. Ligature. Le moignon est

cautérisé au thermo et fermé par un surjet au catgut. Alors une pince introduite dans le vagin permet de sectionner le Douglas, et un gros drain est glissé de haut en bas dans le vagin. Péritonisation complète à droite à l'aide de l'épiploon abaissé, et suture du ligament large droit. Fermeture à trois étages après drainage abdominal du Douglas.

Examen des pièces. — Utérus du volume d'une orange, épaissi et scléreux ; muqueuse hypertrophiée. Annexes énormes. Ovaires scléro-kystiques.

Suites opératoires. — Parfaites. Pas de température. Enlèvement du drain abdominal le deuxième jour et vaginal le quatrième jour. Etat général parfait ; la malade va abondamment à la selle. Le neuvième jour la malade perd par le vagin une très légère quantité de liquide à odeur fécaloïde. Pendant cinq jours on touche l'intérieur du moignon cervical avec une mèche iodée, puis pendant deux jours avec une solution de nitrate d'argent. Diarrhée abondante pendant dix jours, traitée par des lavements au nitrate d'argent à 1/500. Plus d'attouchements du col. L'écoulement vaginal a complètement cessé. La malade sort le 5 avril.

OBSERVATION XXXVII

Annexite et appendicite. — Hystérectomie abdominale subtotale et appendicectomie. — Guérison.

Marguerite Ch..., épouse C..., 30 ans, entre le 16 avril 1910 dans le service du professeur de Rouville pour

douleurs violentes siégeant dans les régions lombaire et abdominale et s'irradiant dans les cuisses.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Réglée à 11 ans régulièrement. Les règles abondantes et douloureuses durent 5 à 6 jours, sans caillots. Pas de pertes blanches. Mariée à 16 ans, les règles ont continué à être régulières. Pas de douleur à la miction. A 17 ans, grossesse normale suivi d'un accouchement à terme avec suites excellentes ; deux ou trois jours de lit. L'enfant meurt à 2 mois de méningite ; 8 mois après, fausse couche de 5 mois avec forte hémorragie, séjour au lit de 4 à 5 jours, suites normales. Quelques mois après, fausse couche de 3 mois avec hémorragie, sans douleurs. L'année suivante, grossesse normale et accouchement à terme d'un enfant mort-né (hydropisie) ; suites normales ; les règles reviennent régulières ; pas de pertes blanches. Un an après, grossesse normale et accouchement à terme d'un enfant qui meurt à 6 mois de méningite. La même année, nouvelle grossesse douloureuse cette fois, avec vomissements, douleurs dans le dos et les reins survenant par crises tous les mois. Accouchement normal et à terme ; séjour au lit de 25 jours ; un peu de fièvre. La malade n'allait pas. Les règles reviennent régulières mais très douloureuses ; apparition de pertes blanches n'empesant pas le linge. Puis coup sur coup deux nouveaux avortements, l'un de 2 mois, l'autre de 3 mois avec hémorragie. Les douleurs et les vomissements continuent. A 26 ans, nouvel accouchement précédé d'une grossesse très douloureuse ; 3 jours de lit. Depuis lors, la malade souffre continuellement du ventre et des reins. Certaines de ces douleurs sont lancinantes et localisées à la région appendiculaire. La malade vomit tous les 10 ou 15 jours. Les pertes blanches ont aug-

menté, mais sans empêser le linge. Règles douloureuses, avec caillots. Depuis 18 mois elles sont devenues très irrégulières, manquant 2 ou 3 mois, apparaissant parfois 2 fois par mois. Depuis 5 mois les pertes blanches sont très sales et empèsent la linge. En janvier 1910, la malade a une hémorragie qui dure 18 jours ; elle entre à l'hôpital de Cette où on la traite par des injections et des cautérisations utérines à la teinture d'iode ; elle sort le 25 février sans être guérie.

Au moment où elle arrive dans le service, la malade est très affaiblie par ses hémorragies précédentes et par des vomissements très fréquents.

Examen. — Ventre plat avec vergetures. Douleurs à la palpation dans la région épigastrique, au point de Mac Burney et dans les régions annexielles ; c'est dans la région appendiculaire que les douleurs sont le plus vives.

Au toucher, on sent l'utérus en place ; le col est gros, mou, avec des déchirures formant étoile. Dans le cul-de-sac postérieur on sent un petit corps rond fuyant sous le doigt. C'est probablement un ovaire prolabé. Hystérométrie : 7 cm.

Opération. — Le 4 mai, laparotomie sous l'anesthésie à l'éther. La malade est mise en position de Trendelenburg, car on ne prévoit pas que l'on aura à intervenir sur l'appendice. On trouve les annexes droites profondément fixées contre la paroi latérale du petit bassin. La trompe est très contournée sur elle-même, très allongée (16 cm.), perméable et fixée à l'ovaire par des adhérences ; elle est triplée de volume dans sa partie externe ; à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes on sent un nodule fibreux très dur, qui à la coupe donne un tissu fibreux parsemé de granulations jaunes (l'examen histo-

logique de ce tissu fait ultérieurement par M. le professeur Bosc a montré qu'il s'agissait vraisemblablement de tuberculose). La trompe se termine par des franges adhérentes entre elles, très vascularisées. Son extrémité externe est sur une étendue de 3 cm. coudée à angle droit sur le reste de l'organe. L'ovaire a le volume d'une noix ; il est scléro-kystique. A la coupe, il est œdémateux. A gauche, les annexes ont la même situation et sont aussi fixées par des adhérences que l'on détruit. L'ovaire très œdémateux porte de nombreux kystes folliculaires et quelques corps jaunes. La trompe est très augmentée de longueur (15 cm.) et adhérente à l'ovaire. Elle est hypertrophiée et se termine comme l'autre en marteau. Utérus scléreux, œdémateux.

L'hystérectomie subtotale est pratiquée et est suivie d'une appendicectomie. L'appendice est court, turgescant et très vasculaire. Il est entouré de nombreuses adhérences qui sont liées avant section. Le moignon est inclus dans le cœcum. Fermeture sur trois plans. Agrafes.

Suites opératoires. — Excellentes.

OBSERVATION XXXVIII (1)

Salpingo-ovarite et fibrome de la paroi postérieure de l'utérus.
Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison.

Mme F..., née L..., 36 ans, entre le 6 mai 1910 dans le service du professeur de Rouville pour hémorragies graves presque continuelles et douleurs abdominales.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. —

Réglée à 13 ans régulièrement et abondamment (8 jours).

Mariée à 21 ans. A 22 ans, grossesse et premier accouchement normal et à terme ; suites de couches normales.

A 26 ans, nouvel accouchement normal et à terme ; bonnes

(1) Cette malade, domiciliée à M..., près Montpellier, a été examinée pour la première fois par l'auteur de ce travail, qui remplaçait alors le docteur B... dans cette localité. Ayant posé le diagnostic de métrite chronique avec lésions annexielles probables, nous instituâmes un traitement médical provisoire (injections et pansements vaginaux, hémostatiques à l'intérieur) qui se montra complètement inefficace. Devant la persistance des hémorragies et l'aggravation progressive de l'état général, nous décidâmes la malade à entrer sans retard à l'hôpital Suburbain dans le service du professeur de Rouville où nous pûmes la suivre très attentivement.

Au moment où ces lignes sont sous presse, dix jours se sont écoulés depuis l'intervention et l'état de l'opérée est des plus satisfaisants.

suites de couches ; 8 jours de lit. Après le dernier accouchement, les règles sont revenues régulières, abondantes et indolores ; mais bientôt sont apparues des pertes blanches purulentes, tachant le linge. Il y a 1 an, les règles sont devenues plus fréquentes (tous les 10 jours), très douloureuses, avec de nombreux caillots. Depuis 2 mois elles durent 15 jours, s'arrêtent 2 ou 3 jours et reviennent, toujours douloureuses. Les douleurs sont localisées à gauche du bas-ventre, irradiées dans les lombes et les cuisses. Elles cessent quand l'hémorragie s'arrête. Actuellement la malade est très anémiée par ces hémorragies ; le teint est pâle, les muqueuses sont décolorées. Palpitations de cœur. La malade se présente comme une neuro-arthritique ; elle a toujours des migraines et des douleurs erratiques dans les membres.

Examen. — Ventre normal ; quelques rares vergetures. Bonne paroi. La palpation, rendue presque impossible par les contractures, ne révèle rien. Le toucher montre un col déchiré bilatéralement, avec une lèvre postérieure épaissie. Il est gros, fermé, et regarde en avant ; pas d'œufs de Naboth. Dans le cul-de-sac postérieur, le col est séparé du corps par un sillon (utérus rétrofléchi). Cul-de-sac antérieur très étroit. Le cul-de-sac droit est douloureux, mais on n'y sent pas les annexes. Le cul-de-sac gauche est douloureux ; on y sent l'ovaire augmenté de volume, peu mobile et adhérent. Hystérométrie : 10 cm.

On pose le diagnostic de métrite puerpérale chronique compliquée d'annexite, avec sclérose utéro-ovarienne et peut-être fibromatose.

Examen des urines : Urée 14 gr. 8 ; pas de sucre ; légères traces d'albumine.

Opération. — Le 17 mai, laparotomie sous l'anesthésie

à l'éther. La musculature de la paroi est excellente. On dépouille les muscles droits de leur gaine. Après l'incision du péritoine, l'intestin fait hernie, mais est facilement réduit et maintenu par une compresse. La vessie remonte haut et empêche de prolonger l'incision par en bas. La malade est mise en position de Trendelenburg; les anses intestinales sont complètement isolées par un matelas de compresses. On n'aperçoit que la face antérieure de l'isthme utérin; le corps est en arrière dans la concavité du sacrum et on a quelque peine à l'amener en avant. On examine les annexes. Les droites ne sont pas adhérentes et occupent leur place normale; elles sont isolées et deux pinces de Kocher sont placées au-dessous d'elles. Les annexes gauches plongent dans la cavité pelvienne latérale et adhèrent faiblement à l'utérus. On les isole et on les ramène; deux kystes séro-hématiques se rompent pendant ces manœuvres; on place 2 pinces de Kocher comme précédemment. On isole la vessie. Les deux utérines sont facilement pincées. Hystérectomie subtotale; cautérisation du moignon. Ligature des utérines, des utéro-ovariennes et du ligament rond. Le moignon utérin est fermé par un surjet au catgut. Péritonisation de droite à gauche. Arrivée à l'utérine droite, l'aiguille perfore cette artère au-dessus de la ligature. Un commencement d'hématome se forme dans le ligament large; on lie l'utérine au-dessus de la perforation. Nettoyage du Douglas. Vérification attentive de l'hémostase. Fermeture à 3 plans. A l'extrémité inférieure de l'incision, le sommet de la vessie apparaît dénudé. Un petit hématome s'est même formé dans la paroi vésicale. On fait un surjet spécial à la Lembert sur la vessie. Agrafes.

Examen des pièces. — L'utérus est globuleux à surface absolument lisse; la paroi postérieure est légèrement

en saillie. Le doigt introduit dans la cavité utérine délimite nettement un fibrome du volume d'une petite mandarine inclus dans la paroi postérieure. On fend l'utérus sur la paroi postérieure de ce fibrome et on l'énuclée aisément. C'est un fibrome multilobé, œdémateux. La paroi utérine très épaissie mesure 3 à 4 cm. ; la muqueuse utérine est hypertrophiée.

Annexes droites : L'ovaire doublé de volume est scléro-kystique ; il présente un kyste hématique folliculaire du volume d'une noisette et est tapissé par un caillot récent que l'on détache facilement ; la trompe très augmentée de longueur (14 cm.) est perméable ; le ligament large est très transparent et on y observe nettement l'organe de Rosenmüller.

Annexes gauches : Deux kystes se sont rompus pendant la libération de l'ovaire très adhérent. Il est doublé de volume, scléro-kystique à prédominance scléreuse. Il porte 2 kystes hématiques rompus dont l'un du volume d'une grosse noisette renferme des caillots ; l'autre plus petit renferme un liquide d'aspect nettement fécaloïde (transformation d'hémoglobine). La trompe est de même longueur que la droite ; elle est très vascularisée ; ses franges très rouges sont le siège d'infarctus hémorragiques ; elle est perméable.

Suites opératoires (27 mai). — Elles sont très satisfaisantes.

CHAPITRE III

L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE (1)

L'hystérectomie abdominale totale pour lésions anncxielles consiste dans l'ablation complète des annexes et de l'utérus après ouverture des culs-de-sac et désinsertion de la partie vaginale du col utérin. Nous nous bornerons ici à passer en revue les grandes phases de l'opération en insistant seulement à propos de chacune d'elles sur les nouvelles acquisitions que nous avons pu déduire à la fin de nos propres observations et des travaux les plus récents sur la question.

I. — L'opération

A. — *Préparatifs.* — Sans qu'il y ait là une contre-in-

(1) Voir pour la technique opératoire : Delage, Th. Paris, 1901. — Audard, Th. Paris, 1903. — Parrical de Chammard, Th. Paris, 1908.

dication absolue, on évitera d'opérer une femme durant la période menstruelle ; la congestion intense des organes pelviens à ce moment rendrait l'intervention plus malaisée. On ne saurait trop insister sur les soins de propreté qui doivent précéder toute hystérectomie. Un des grands dangers de l'opération est la contamination possible du péritoine par la cavité vaginale ouverte. On procède donc à une désinfection rigoureuse et complète de cette cavité. Plusieurs jours avant l'opération, de grandes irrigations vaginales à l'eau bouillie additionnée d'un antiseptique tel que le sublimé seront faites ; la veille, les poils du pubis seront rasés et la vulve recouverte d'un pansement humide. Dans la plupart des travaux que nous avons parcourus nous avons vu conseiller la pratique d'une nouvelle irrigation vaginale antiseptique immédiatement avant l'opération. Nous devons signaler un grand inconvénient de cette manière de procéder. La malade étant mise en position de Trendelenburg, une certaine quantité de liquide peut rester dans le vagin et faire issue dans l'abdomen au moment de la section des culs-de-sac. A la suite d'un accident de ce genre (Voir Obs. XIX), M. de Rouville a complètement abandonné l'injection vaginale préalable ; il la remplace avantageusement par un badiageon rigoureux du vagin à la teinture d'iode par lequel l'asepsie est tout aussi bien et mieux obtenue.

La malade doit être sondée avant l'opération ; certains chirurgiens placent une sonde à demeure. Dans le service de M. de Rouville, cette pratique a été rejetée depuis un accident opératoire dont elle a été cause (Observation VIII) ; la malade étant en Trendelenburg, la sonde a provoqué l'ascension de la vessie et cet organe a été sectionné.

La toilette de la paroi abdominale sera faite avec soin comme dans toute laparotomie :

B. — *Incision de la paroi ; ouverture de l'abdomen ; reconnaissance des lésions ; protection attentive de l'intestin et du péritoine ; libération des adhérences.* — Tels sont les différents temps préliminaires de l'opération sur lesquels nous n'insisterons pas.

Signalons en passant que l'utérus, souvent masqué par la masse annexielle enflammée et adhérente, et basculé parfois dans le Douglas, demande à être cherché attentivement et prudemment (Voir Obs. XXX).

C. — *Hémostase préventive.* — Elle peut être provisoire ou d'emblée définitive. Tous les chirurgiens ne sont pas d'accord sur ce point. Les uns se contentent de placer des pinces à forcipressure sur les pédicules et les vaisseaux utéro-ovariens ; les fils sont posés après l'ablation du bloc utéro-annexiel. Les ligatures placées d'emblée sur les vaisseaux sont soumises, disent-ils, dans le courant de l'opération qui va suivre, à des tiraillements qui peuvent les déplacer et exposer à des hémorragies secondaires. Beaucoup d'opérateurs néanmoins préfèrent la seconde manière de procéder qui raccourcit et simplifie l'opération.

On a longtemps accusé l'hémostase dans l'hystérectomie totale d'être longue, difficile à obtenir et peu sûre. En effet, l'ouverture des culs-de-sac détermine la section de l'important plexus vasculaire formé par les branches de l'utérine, de la vaginale et de l'hémoïdale moyenne. Certes on peut pincer chacune de ces artérioles ; mais le procédé est long et les pinces laissées, parfois encombrantes ; de plus, le tissu vaginal mou et très vascularisé est, après sa section, le siège d'un suintement sanguin souvent difficile à arrêter. Tels sont les graves inconvé-

nients qui ont longtemps fait un dogme de l'infériorité de l'hémostase dans la totale. Cependant depuis quelques années une vive réaction s'est produite à cet égard chez certains chirurgiens. Déjà Richelot prononçait les paroles suivantes le 28 octobre 1903, au Congrès de chirurgie : « On a dit que la totale donne plus de sang. C'est absolument faux, à moins qu'on ne fasse une totale de fantaisie, qu'on aille couper très bas la paroi vaginale et rencontrer les artères qui n'existent pas au niveau de l'insertion du col. »

Tout dernièrement, Desmarets et Descomps, dans une communication faite à la Société anatomique (décembre 1909), ont défendu cette manière de voir ; ils affirment que l'hémostase peut être aussi rigoureuse dans la totale que dans la subtotale, à condition que les deux conseils suivants soient suivis : 1° Aller chercher le tronc de l'artère utérine en arrière et en dehors de l'uretère, et placer une ligature sur le vaisseau ; 2° Au même niveau (en arrière et en dehors de l'uretère), chercher et lier l'artère vaginale longue. Ce procédé est-il fait pour simplifier l'opération ? Il est permis d'en douter, si l'on songe aux difficultés et aux dangers que présentent la recherche et la ligature des vaisseaux au niveau indiqué.

Lecène, lui, conseille l'hémostase et la section progressive des replis utéro-sacrés.

Plus récemment encore, Chevrier (1) préconise un procédé nouveau d'hémostase dans la totale qui lui aurait donné les meilleurs résultats et dont voici la description dans ses grandes lignes :

(1) Annales de gynécologie, février 1910.

L'auteur s'appuie d'abord sur l'existence d'une zone avasculaire très restreinte que présente le dôme vaginal au voisinage de son insertion. « Quand la section vaginale est pratiquée en cet endroit, l'hémorragie de la tranche est un mythe. » Il s'agit donc de sectionner le vagin exactement à son insertion sur le col.

Après avoir assuré l'hémostase de l'utérine et de la cervico-vaginale, l'auteur pratique une subtotale préalable ; il n'extirpe le col que secondairement, en prenant les précautions suivantes : Le vagin est ouvert au niveau du cul-de-sac antérieur et quatre pinces sont placées sur la lèvre vaginale ; on se trouve alors en présence « d'un véritable triangle d'hémorragie qui est hémostasiée à sa base par un catgut passé dans la paroi musculaire du vagin tendu par les pinces ».

Les avantages de tous ces procédés sont indéniables, mais on pourra toujours leur reprocher d'allonger l'opération.

D. — *Extirpation de la masse utéro-annexielle.* — Nous avons déjà parlé des deux grandes méthodes d'extirpation du bloc utéro-annexiel. A moins d'indications nettement contraires il est en général plus aisé de l'effectuer en commençant par dessous et en allant de bas en haut. En effet, ainsi que l'a bien fait remarquer J.-L. Faure, « c'est en bas que se trouvent les espaces libres et les plans de clivage ; c'est en haut que sont les adhérences solides et dangereuses, celles en particulier que les annexes contractent avec les anses intestinales ». Pour gagner le pôle inférieur de la masse utéro-annexielle on emploiera le procédé qui s'adaptera le mieux à chaque cas particulier. Certains chirurgiens, pour dégager plus rapidement l'utérus, en sectionnent le col et font ainsi

précéder la totale d'une véritable subtotale ; le col est désinséré à la fin de l'opération.

Pour la libération des annexes on aura le choix entre les différents procédés dont chacun peut trouver ses indications particulières (procédé américain de Kelly, procédés de Terrier, de Pozzi, etc.).

E. — *Péritonisation*. — Elle sera faite très soigneusement, après une toilette minutieuse préalable de la séreuse. Si la collerette péritonéale antérieure n'est pas assez grande, on mobilisera des lambeaux de séreuse pris sur la vessie ou l'anse sigmoïde ; cette dernière, très mobile chez la femme, peut être suturée aisément au péritoine vésical. On pourra également enfouir les surfaces dénudées dans des sutures séro-séreuses.

Enfin, avant la fermeture en plusieurs plans de la paroi, l'hémostase définitive sera vérifiée avec soin. Des ligatures seront placées sur tous les vaisseaux pincés, si cela n'a pas déjà été fait lors de l'hémostase préventive. Tous les points saignants seront pincés et liés.

F. — *Drainage* (1). — Il s'imposera après toute hystérectomie totale, cette opération devant être pratiquée surtout, nous allons le voir, dans les cas de grandes suppurations pelviennes. Réservant pour le prochain chapitre les discussions soulevées au sujet de la valeur comparée du drainage abdominal et du drainage vaginal, nous nous bornerons à parler ici de ce dernier, qui s'adapte le mieux à la castration totale. Rien n'est plus simple en effet que de faire traverser par un drain le Douglas sec-

(1) Voir Audard : Le drainage vaginal du péritoine après l'hystérectomie abdominale totale pour annexites suppurées (Th. Paris, 1903, n° 487).

tionné déjà. Ce mode de drainage sera très efficace dans les suppurations étendues, car il agit au point le plus déclive. De plus, la péritonisation laisse souvent au-dessous de la séreuse une cavité à peu près impossible à drainer par en haut ; dans ce dernier cas, le drainage par le vagin supprimera toute possibilité de rétention septique. Le drain vaginal pourra être accompagné d'une mèche. Il ne demande pas à être renouvelé souvent et sera enlevé au bout de 6 à 7 jours lorsque tout suintement aura disparu.

Chaput ne reconstruit pas le dôme vaginal après la totale et laisse plusieurs jours le vagin communiquer largement avec la cavité pelvienne.

Dans certains cas, il pourra être indiqué d'établir un double drainage, et d'associer un petit drain abdominal au drain vaginal.

G. — *Appendicectomie* (1). — Elle sera parfois indiquée au cours de l'hystérectomie totale aussi bien que subtotale. En effet, la coexistence de lésions appendiculaires et annexielles droites n'est pas rare chez la femme et s'explique très bien par des raisons anatomiques. Pour éviter des réactions appendiculaires post-opératoires, certains chirurgiens tels que Terrier, Gosset pratiquent de parti pris l'appendicectomie au cours de toute intervention sur les annexes suppurées ; elle devra être faite en tous cas chaque fois que l'appendice aura une apparence suspecte.

(1) Cf. Observation XII et XXXII.

II. — Valeur et indication actuelles de l'hystérectomie totale

Les résultats opératoires immédiats et éloignés de la totale sont généralement bons, tout en étant inférieurs à ceux de la subtotalaire : nous reviendrons sur ce point. La statistique établie par Delage dans sa thèse donne 6,3 p. 0/0 de mortalité. Pozzi donne 9 p. 0/0. Roumier, sur 197 interventions pratiquées de 1899 à 1907, a eu une mortalité un peu supérieure à 10 p. 0/0. Nos observations personnelles se terminent toutes par des guérisons. Un accident à signaler est la formation possible de fistules et de cicatrices vaginales vicieuses.

On a pu dire que l'hystérectomie totale pour lésions annexielles « ne vivait plus guère que des contre-indications de la subtotalaire. » Quelles sont donc les contre-indications de cette dernière opération ? C'est d'abord une infection profonde du col. En présence d'une métrite cervicale intense, devant un col infiltré de pus, il serait imprudent de ne pas pratiquer l'ablation de l'organe tout entier et de laisser dans la cavité pelvienne une cause dangereuse d'infection.

L'ablation totale sera également recommandable dans les cas de foyers de suppuration considérables, surtout lorsqu'ils auront été ouverts au cours de l'intervention ; la nécessité d'un grand drainage déclive s'impose alors. Enfin l'hystérectomie totale sera préférée à la subtotalaire lorsqu'il s'agira de lésions annexielles néoplasiques, ou que la salpingo-ovarite coïncidera avec un fibrome du col.

Ces considérations suffisent à justifier la nécessité de l'hystérectomie totale dans nombre de cas.

CHAPITRE IV

L'HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE, OPÉRATION DE CHOIX (1)

L'hystérectomie subtotale pratiquée pour affections salpingo-ovariennes consiste à enlever le bloc utéro-annexiel en laissant en place le col utérin ; on tend de plus en plus à sectionner ce dernier assez haut, au niveau de l'isthme.

Après avoir passé très rapidement en revue les temps opératoires de cette intervention, nous la mettrons en parallèle avec la totale qu'elle semble de plus en plus destinée à supplanter.

I. — L'opération

A. — *Préparatifs.* — Comme pour la totale. On doit

(1) Voir pour la technique opératoire : Delage, Th. Paris, 1901. — Mourlhon, Th. Paris, 1904. — Daniel, Th. Paris, 1905. — Swiecinski, Th. Paris, 1909.

soigneusement désinfecter le vagin, car on ne peut jamais prévoir s'il ne se présentera pas au cours de l'intervention l'indication de faire une totale ou un drainage vaginal.

B. — *Incision de la paroi et temps préliminaires.* — Comme pour la totale.

C. — *Hémostase.* — Ainsi que dans la totale, les ligatures peuvent être faites au début dès qu'on procède à l'hémostase préventive, ou être placées après l'ablation des masses pathologiques, à la fin de l'opération. Ce dernier procédé a l'avantage d'éviter le glissement des nœuds tirillés au cours de l'extirpation du bloc utéro-annexiel.

L'hémostase se fait beaucoup plus aisément que dans la totale, car il suffit de sectionner entre deux pinces ou deux ligatures les utérines, au niveau même où on va faire la section du col. La tranche de section n'est jamais le siège d'une hémorragie importante.

D. — *Extirpation de la masse utéro-annexielle.* — Elle est réglée par les mêmes méthodes générales que la totale. Mais il est évident que la libération de l'utérus est bien plus rapide, puisqu'elle est déterminée par la section du col, sans qu'il soit besoin d'aller procéder à la désinsertion longue et délicate des culs-de-sac vaginaux.

E. — *Traitement du moignon utérin.* — Le moignon cervical est saisi et attiré avec une pince. On procède à sa désinfection : la muqueuse et les glandes sont détruites au thermocautère. M. de Rouville emploie également pour cette cautérisation le caustique Neophilos et se montre très satisfait des résultats obtenus. Certains chirurgiens tels que Terrier et Gosset pratiquent l'évidement conoïde de la partie cervicale centrale ; il faut toutefois avoir soin de ne pas pousser trop loin cet évidement, car on risquerait

de provoquer une hémorragie. Les lèvres du moignon sont ensuite suturées ; et toute communication est ainsi fermée entre la cavité péritonéale et la cavité cervicale. Cette suture ne sera évidemment pas effectuée quand on désirera établir un drainage vaginal par la cavité cervicale. Le moignon pourra être enfin enfoui dans une suture de péritonisation.

F. — *Péritonisation*. — Dans la subtotale comme dans la totale on doit reconstituer avec soin et suivant des procédés analogues le plancher péritonéal.

G. — *Drainage*. — Est-il de rigueur après toute subtotale ? Non assurément. Chaque fois que l'intervention a pu être conduite d'une manière strictement aseptique, lorsqu'on a agi sur des poches annexielles enkystées, qu'on n'a trouvé aucune infection diffuse du tissu paramétritique, chaque fois enfin qu'on a la certitude qu'aucune infection péritonéale secondaire n'est à redouter, on peut certainement s'abstenir de drainer. C'est ainsi que procède notre maître M. de Rouville, et on trouvera dans nos observations de nombreux cas où l'absence de drainage supérieur et inférieur s'est montrée parfaitement compatible avec des suites opératoires aseptiques. On pourra nous objecter qu'un drainage préventif est une précaution toujours bonne à prendre et n'entraînant guère d'inconvénients. — Certes, les accidents consécutifs au drainage vaginal ou abdominal sont bien rares ; mais on en a vu des exemples : le drain abdominal a été parfois l'origine de fistulisations, d'éventrations ; il est préférable d'éviter, chaque fois qu'on le peut, l'éventualité même improbable de ces complications.

En règle générale, dans les salpingo-ovarites suppurées, on établira un drainage, surtout lorsque des poches purulentes auront été ouvertes au cours de l'intervention.

Ce drainage, abdominal dans les cas ordinaires, pourra très bien être vaginal, tout comme après une totale, lorsque l'importance de la suppuration, l'étendue des lésions ou l'insuffisance de la péritonisation basse l'indiqueront. Dans ces derniers cas, on aura le choix entre le drainage vaginal proprement dit à travers le Douglas, et le drainage cervico-vaginal, après incision du col avec le fond du vagin. Signalons à ce sujet un fait extrêmement intéressant dont nous avons été témoin (Obs. XXXIV). Après une subtotale, alors qu'aucun drain vaginal n'avait été placé, nous avons pu voir s'établir un drainage spontané à travers la cavité cervicale.

Enfin dans certaines suppurations graves les deux drainages, abdominal et vaginal, peuvent être associés après la castration subtotale.

H. — *Résultats opératoires.*—Les résultats immédiats de l'hystérectomie subtotale sont excellents. Les opérées de M. de Rouville, malgré la gravité des lésions chez certaines d'entre elles, ont toutes bénéficié d'une guérison assez rapide. Les quelques accidents observés parfois tels qu'infection légère, leucorrhée du moignon, n'ont été que transitoires et ont toujours cédé rapidement à un traitement approprié. Les résultats éloignés ne semblent pas moins satisfaisants. Chaque fois qu'il a été possible à M. de Rouville de revoir une des anciennes opérées, il l'a trouvée en bonne santé et radicalement guérie.

Les statistiques que nous avons pu consulter donnent d'ailleurs une mortalité moyenne inférieure à 5 p. 100. Ces résultats font donc de l'hystérectomie subtotale pour lésions annexielles une intervention des plus recommandables.

II. — Parallèle entre l'hystérectomie totale et la subtotale.

Les deux grandes méthodes d'hystérectomie ont été depuis longtemps opposées l'une à l'autre et chacune a trouvé ses partisans (1). Un mouvement de plus en plus net semble se dessiner cependant chez les chirurgiens en faveur de la subtotale. Dans le précédent chapitre nous avons déjà signalé que la totale n'était guère recommandable que dans certains cas bien déterminés où la subtotale se trouvait absolument contre-indiquée. Pourquoi donc, abstraction faite de ces quelques cas, — lorsqu'on aura à pratiquer une castration utéro-annexielle, — préférera-t-on laisser un moignon cervical ?

Les avantages de ce dernier procédé ressortent déjà de l'étude comparative que nous venons de faire. Nous allons essayer de les préciser en un parallèle plus rigoureux des deux méthodes.

AVANTAGES DE LA SUBTOTALE. — A. — *Facilité, rapidité.*
— La recherche des culs-de-sac vaginaux, la désinsertion du vagin constituent dans la totale des temps longs et délicats ; il est donc évident que leur suppression va déjà faciliter et abréger l'opération. Dans la subtotale, la section du col généralement facile à découvrir, est d'une pratique beaucoup plus aisée et permet de libérer rapidement l'organe ; cela est si vrai que parmi les chirurgiens qui exécutent et préconisent encore l'ablation totale, beaucoup commencent par sectionner le col, faisant

(1) Cf. Ch. I, Historique.

ainsi une subtotalé préalable et réservant la désinsertion et l'extirpation du corps pour la fin de l'opération. Ajoutons que la suture du moignon utérin dans la subtotalé est également plus aisée et plus rapide que la fermeture et la reconstitution du dôme vaginal dans la totale. Enfin on risque moins, dans la subtotalé, de blesser les uretères qui restent en rapport avec le dôme vaginal, alors que le col est attiré en haut.

B. — *Hémostase*. — Un autre argument peut être tiré de la facilité et de la rapidité plus grande de l'hémostase dans la subtotalé. Certes la question a été controversée. Nous avons dans le précédent chapitre (1), rapporté fidèlement et impartialement les opinions à cet égard de partisans de la totale, comme Richelot, Chevrier. Il semble bien résulter des explications de ces chirurgiens que le danger hémorragique dans la totale a été beaucoup exagéré et tient souvent à une technique défectueuse. Mais si les procédés hémostatiques proposés sont efficaces, il n'en est pas moins vrai qu'ils sont d'une application longue et délicate, et il sera toujours plus simple d'aborder et de décoller le tronc de l'utérus le long du col que de se heurter à ses branches au niveau des culs-de-sac vaginaux.

C. — *Asepsie*. — L'asepsie opératoire et post-opératoire est dans la subtotalé plus sûre et plus rigoureuse. On a pu dire, il est vrai : « L'asepsie du vagin est aussi facile à réaliser que celle de tout point du corps ; le tout est de savoir la pratiquer (2). » Cette affirmation est peut-être un peu osée. Nous persistons à croire que beaucoup

(1) Cf. page 108.

(2) Parrical de Chammard, Th. Paris, 1908, p. 32.

de chirurgiens aimeront mieux pratiquer une opération *exclusivement abdominale* que d'établir une communication et un contact direct entre le péritoine et un conduit tel que le vagin même soumis à la désinfection préalable la plus rigoureuse. Ajoutons que le vagin peut se réinfecter bien avant la cicatrisation et qu'il peut se produire des fistules abdomino-vaginales aussi gênantes que dangereuses (1).

D. — *Bénignité*. — On ne sera pas surpris que tous ces avantages améliorent les résultats opératoires.

La subtotale présente une bénignité bien supérieure à celle de la totale. Ce caractère qui découle des données précédentes est bien établi par les statistiques comparées des deux opérations.

Voici quelques-uns de ces résultats :

Hystérectomie totale		Hystérectomie subtotale	
Statistique de Delage portant sur 868 hystérectomies pratiquées de 1896 à 1901 par différents chirurgiens			
601 opérations	38 morts	267 opérations	15 morts
soit : 6,3 % <i>de mortalité</i>		soit : 5,1 % <i>de mortalité</i>	

Statistique de Ricard (2)	
1232 opérations	1058 opérations
avec 9,68 % de mortalité	avec 4,50 % de mortalité

Statistique portant sur les interventions pratiquées par le professeur de Rouville de juillet 1906 à mai 1910			
12 opérations	12 guérisons	26 opérations	26 guérisons
<i>Mortalité = 0</i>		<i>Mortalité = 0</i>	

(1) Voir Observation V.

(2) Congrès français de chirurgie, 1899.

E. — Suites éloignées. — Elles sont meilleures dans la subtotale que dans la totale. En 1903 déjà, J.-L. Faure signalait à cet égard un avantage de la 1^{re} opération : « La conservation du col utérin, disait-il, n'est pas sans importance au point de vue de la statique pelvienne et des seules fonctions que le vagin puisse encore accomplir. » Il est certain que la présence du col contribue à consolider le plancher pelvien. On peut ajouter également, avec Daniel (1), que « la conservation du col laisse au fond du vagin sa disposition naturelle et contribue à en faire un *vagin confortable* ». Après la totale au contraire il n'est pas rare de rencontrer des fistules gênantes ou des brides cicatricielles rendant le coït douloureux (Voir Obs. V).

Enfin nous devons signaler un dernier argument d'ordre psychique invoqué par les partisans de la subtotale. L'ablation des organes génitaux internes peut influencer fâcheusement sur l'état mental de certaines nerveuses et prédisposées, — et on peut dire que toute femme souffrant de ses organes génitaux est une nerveuse de fait ou en puissance. La subtotale, en laissant la partie intra-vaginale du col, peut permettre de persuader à telle de ces malades qu'elle n'est pas totalement privée de ses organes génitaux, qu'elle n'a pas cessé « d'être une femme ».

OBJECTIONS A LA SUBTOTALE. — On a fait à la subtotale quelques objections qui ne semblent guère fondées.

Nous les avons trouvées réunies dans la thèse récente

(1) *Loc. cit.*, p. 28.

de Belbèze (1), qui accuse la castration subtotale de donner lieu à des accidents primitifs et secondaires de rétention septique et enfin à certains accidents tardifs.

Les accidents de rétention immédiats seraient causés par les défauts du drainage dans la subtotale ; et l'auteur prononce à ce sujet un plaidoyer en faveur du drainage vaginal et un réquisitoire contre le drainage abdominal. Mais nous ne comprenons pas qu'il fasse de ces conclusions une arme contre la subtotale. Si nous avons vu en effet que le drainage abdominal pouvait être suffisant, et qu'on pouvait même dans certains cas s'abstenir complètement de drainer, nous avons vu également que le drainage vaginal peut être établi tout aussi bien après une subtotale qu'après une totale. On pourra donc après une subtotale établir le drainage qui conviendra le mieux, et l'ablation du col sera réservée pour les cas de suppurations pelviennes considérables.

Une deuxième objection est tirée du danger que présente pour la cavité pelvienne un col septique et purulent laissé en place. Nous répondrons que nous considérons en effet cet état du col comme une des rares indications de la totale. Mais nous ne saurions admettre avec Belbèze que les lésions métritiques siégeant particulièrement sur la muqueuse du col rendent l'ablation totale toujours obligatoire. Rien n'est plus facile, nous l'avons vu, que de faire l'asepsie du moignon cervical et de détruire la muqueuse au thermocautère.

Enfin on a reproché à la subtotale d'exposer l'opérée à des dégénérescences malignes du col. Ces faits sont tout à fait exceptionnels et de par leur rareté

(1) Belbèze, Th. Lyon, 1909.

même doivent être attribués à une simple coïncidence ; ils peuvent être rapprochés à ce point de vue de quelques rares cas d'épithélioma du vagin survenu après une hystérectomie totale.

Notre maître M. de Rouville n'hésite pas à pratiquer une subtotal, même en présence de l'association aux lésions annexielles d'un fibrome du corps utérin assez haut situé (Voir Obs: XXVIII). En revanche, l'ablation totale sera toujours effectuée devant un fibrome du col.

Quant aux autres accidents qui ont été signalés comme consécutifs à la subtotal (leucorrhée du col, douleurs), nous avons vu qu'ils présentaient un caractère constant de bénignité.

En résumé, rapidité et facilité de l'opération, chances plus grandes d'asepsie opératoire et post-opératoire, hémostase plus aisée et plus rapide, résultats immédiats et éloignés plus satisfaisants, tels sont les avantages importants et nombreux qui font de l'hystérectomie subtotal, sauf de rares contre-indications, la méthode de choix dans le traitement des inflammations annexielles.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS

I. — L'hystérectomie abdominale est le traitement opératoire de choix des lésions inflammatoires des annexes.

Elle s'impose particulièrement lorsque les lésions sont bilatérales ; elle sera toujours pratiquée, même dans les salpingo-ovarites unilatérales, lorsque l'utérus se trouvera très gravement infecté.

Mais on ne doit pas perdre de vue que l'oophoro-salpingectomie unilatérale conserve toujours son indication dans les cas de lésions annexielles siégeant d'un seul côté et bien circonscrites, — chez une femme jeune.

II. — L'hystérectomie totale trouve son indication dans les cas d'inflammation aiguë ou de fibrome concomitant du col ; elle est également recommandable en présence de grandes suppurations pelviennes nécessitant un large drainage par le vagin.

III. — L'hystérectomie subtotale, abstraction faite des réserves précédentes, est la méthode opératoire de choix. Elle est plus aisée, plus simple, plus courte que la totale ; elle diminue les chances d'infection péritonéale et facilite l'hémostase ; ces avantages mêmes lui donnent une bénignité remarquable et bien établie par les statistiques. Elle présente enfin les résultats éloignés les plus satisfaisants.

IV. — Le choix de la méthode et surtout du procédé opératoire se décide le plus souvent au cours même de l'intervention. C'est alors seulement que le chirurgien peut juger de l'opportunité de telle ou telle technique.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 1^{er} juin 1910.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 1^{er} juin 1910.

Pour le Doyen,
L'Assesseur Délégué,
G. SARDA.

BIBLIOGRAPHIE

AUDARD. — Thèse Paris, 1903, n° 487.

AUDIAU. — Thèse Paris, 1897, n° 565.

BALDY. — Hysterectomy, indication and technic, *in* American Journal of obst., 1893, t. XXVIII et 1894, t. XXX.

— Amer. gynecology and obstetric. J. N. Y. 1895, vol. VII.

BERTRAND (H.). — Thèse Lyon, 1901, n° 86.

BEUTTNER. — Eine neue Methode der Extirpation doppelseitig er Krankter Adnexe. Zentrabl. für Gynæk., 1908, n° 32, p. 1033.

BRETON. — Thèse Paris, 1901, n° 552.

BELBÈZE. — Thèse Lyon, 1909.

BRU. — (Procédé J.-L. Faure). Thèse Montpellier, 1903.

BOCHOT. — Thèse Montpellier, 1909 (Hystérectomie vaginale).

CHAPEYRON. — Thèse Bordeaux, 1899, n° 71.

CLERMONTHE. — Thèse Paris, 1904, n° 540.

DE LA COLOMBE DE LA VOLTILÈRE. — Thèse Paris, 1902, n° 111.

CHEVRIER. — Ann. de gynécologie. Février 1910.

DELBET (P.). — Les suppurations pelviennes chez la femme, 1891.

DANIEL. — Thèse Paris, 1905.

DESMARETS et DESCOMPS. — Société anatomique. Décembre 1909.

DELAGE. — Thèse. Paris, 1901, n° 448.

DELAGNIÈRE. — Soc. de chirurgie de Paris, 1894, t. XX, p. 157.

DELAUNEY. — Congrès français de chirurgie, 1901. Séance du 26 octobre.

- FAURE (J.-E.) — Presse médicale, 1897, n° 89.
— Journal des praticiens, 1900, n° 2.
— Chirurgie des annexes de l'utérus.
— Presse médicale, 1904, n° 6.
- GOSSET. — Technique de l'hystér. totale avec drainage vaginal.
Journal de chirurgie. Juillet 1909.
- HARTMANN. — Traitement des suppurations pelviennes.
- JONNESCO. — Congrès internat. de médecine de Moscou, 1897.
12^e session.
— Congrès internat. de gynéc. et d'obstétr. Amsterdam, août 1899.
- KELLY. — Bulletin of the John Hopking's Hospital, 1896, nos 59 et 60, et 1900, n° 108, p. 56.
— American Journal of obstetric. Nov. 1900, t. XLII.
— Saint-Paul medical Journal. Juin 1901.
- KRUG. — Amer. J. of medical sciences, 1894, p. 676.
- LECÈNE. — Journal de chirurgie, janvier 1910.
- LAUWERS. — Sem. gynéc., décembre 1903, n° 50.
- LENORMANT. — Ann. de gyn. et d'obst., 1905, t. II, p. 32.
- MAUBERT. — (Blessures de l'uretère dans l'hyst.). Thèse Paris 1903, n° 326.
- MICHEL. — Bull. de la Soc. de chirurgie, 24 février 1904.
- MOURLHON. — Thèse Paris 1904, n° 484.
- MONOD et VANVERTS. — Traité de technique opératoire.
- NOBLE. — Amer. Journ. of obst. New-York, 1897, t. XXXV.
- PETRON. — Thèse Paris, 1900, n° 284.
- PICHEVIN. — Sem. gyn., 10 novembre 1903.
- PANON. — Thèse Paris, 1909.
- PARRICAL DE CHAMMARD. — Thèse Paris, 1908.
- POLK (W.-M.). — Hyster. supra pubic for salpingites and ovaritis
(New-York Journ. of obst. and gynec., 1893, t. III).
- POZZI. — Traité de gynéc. clinique et opératoire.
- QUÉNU et LONGUET. — Revue de chir., juillet 1900.
- RANSON. — Thèse Paris, 1901, n° 189.
- RICHELOT. — Bull. Soc. chir., 28 octobre 1903 et 1^{er} juin 1904.
- ROUTIER. — Ann. de gyn. et d'obst. Paris 1892, p. 325.
- SAENGER. — Traitement chirurgical des suppurations pelviennes.

SEGOND. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.

— Revue de gyn. et de chir. abd., 1897, p. 605.

SICARD. — Thèse Paris, 1901, n° 237.

TERRIER. — Congrès français de chir. Paris 1896, p. 852.

— Congrès français de chir. Paris 1897, p. 786.

— Revue de chir., 1901, t. XXIV.

VILLAR. — Journ. des sc. médic. Bordeaux 1902, p. 61.

VANVERTS. — Congrès nat. de gynéc. et d'obstét. Rouen 1904, p. 34.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

SECRET

The Secretary of Defense is authorized to release this information to the public in accordance with the provisions of the Espionage Laws of 1917 and 1950, and the Executive Order of 1955, which provide for the disclosure of information in the possession of the United States Government which, in the interest of national defense, should be made available to the public.

It is the policy of the Department of Defense to release this information to the public in accordance with the provisions of the Espionage Laws of 1917 and 1950, and the Executive Order of 1955, which provide for the disclosure of information in the possession of the United States Government which, in the interest of national defense, should be made available to the public.

This release is made in accordance with the provisions of the Espionage Laws of 1917 and 1950, and the Executive Order of 1955, which provide for the disclosure of information in the possession of the United States Government which, in the interest of national defense, should be made available to the public.

